

嘉義縣身心障礙者輔具補助查定表

112年2月23日修訂

壹、申請者基本資料

*依規定每人2年最多可申請4項

申請人姓名		蓋章		身分證字號		障礙類別		障礙等級	
出生年月日	____年____月____日				聯絡電話				
戶籍地址	□□□-□□								
公文送達地址	□同上 □□□-□□ (務必請填寫郵遞區號)								

貳、申請要項(鄉鎮市公所)

※1~7項為應備文件；8~12項依申請項目檢附相關文件

申請項目	1	3	檢附文件	<input type="checkbox"/> 1. 嘉義縣社會局補助核定通知函影本及輔具補助查定表。 <input type="checkbox"/> 2. 身心障礙證明影本乙份及申請人存簿封面影本 <input type="checkbox"/> 3. 戶口名簿或身分證影本乙份 <input type="checkbox"/> 4. 委託書、受託人身分證影本乙份(如非本人親自辦理)。 <input type="checkbox"/> 5. 申請人切結書及印領清冊。 <input type="checkbox"/> 6. 統一發票或收據(經社會局核定送達後六個月內)。 <input type="checkbox"/> 7. 照片2張(1張為所購之輔具、1張為申請人使用輔具之照片請附清楚完整照片內容)。 <input type="checkbox"/> 8. 居家無障礙修繕施工前後相片、改善項目及規格說明。 <input type="checkbox"/> 9. 特製機車、三輪機車及汽車、機車改裝行照正反面影本、照片各乙份；再度申請特製機車、三輪機車時，應於請款時檢附原機車報廢證明。	<input type="checkbox"/> 10. 申請助聽器-中階型、進階型、雙對側傳聲型補助者應於助聽器配戴屆滿1個月後至3個月內，由符合評估規定之專業人員出具效益驗證報告(見輔具評估報告書格式編號25)。 <input type="checkbox"/> 11. 保固書輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書應載明產品規格(含本縣身心障礙者輔具費用補助標準所定本項輔具之規格或功能規範內容)、型號、序號、保固年限及起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱與統一編號及負責人姓名、保固服務聯繫電話，並應標示經中央主管機關醫療器材查驗合格之登記字號及其他必要資訊。 <input type="checkbox"/> 12. 其他：
	2	4			
購買金額	1	3			
	2	4			
初核	<input type="checkbox"/> 符合補助規定，予以送件。 <input type="checkbox"/> 請補正資料：_____。 <input type="checkbox"/> 不符合補助規定，原件退還。				
	受理日期： 年 月 日	承辦人	單位主管		

※備註：請鄉鎮(市)公所將身心障礙者醫療輔具查定表逕送社會局

參、專業審核(嘉義縣輔具資源中心)

審核日期： 年 月 日

一、 <input type="checkbox"/> 輔具配置內容和規格符合評估報告建議內容，且符合補助標準規定。	
二、 <input type="checkbox"/> 輔具配置內容和規格未符合評估報告建議內容及補助標準規定，因_____。	
承辦人	單位主管

肆、審核(嘉義縣社會局)

備齊日期： 年 月 日

<input type="checkbox"/> 一、本案經審查核定符合_____補助申請。最高補助金額合計為新台幣_____。				
<input type="checkbox"/> 二、請補正資料：_____，補件日期_____。				
<input type="checkbox"/> 三、不符合補助規定，理由：_____。				
承辦人	科長	秘書	副局長	局長

<p>申請身心 障礙輔具 費用補助 委託書</p>	<p>本人（申請人）：_____【簽章】及受委託人：_____</p> <p>【簽章】（關係：_____）已瞭解身心障礙者輔具費用補助及基準表相關規定事宜，且申請人茲因個人因素，無法親自辦理嘉義縣身心障礙者輔具費用補助事宜，故委託（授權）上述受委託人代為申請，如有糾紛，概由本人與受委託人自行議處；如有因虛報不實經查獲者，雙方並負相關法律責任。</p>
<p>申請人或 受委託人 切結書</p>	<p>茲具結_____確實已向_____</p> <p>購買_____、 _____、_____</p> <p>（輔具項目），並遵守下列各事項之規定：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 符合嘉義縣社會局所核定補助項目、身心障礙者輔具費用補助辦法及其基準表、身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助辦法及其基準表規範。 2. 所申請項目並未超過「每人每2年度以申請4項輔具補助」之規定。 3. 於上揭補助辦法及基準表最低使用年限內須接受嘉義縣社會局及委託辦理輔具資源中心之承辦單位進行稽查及輔具追蹤輔導；且未達最低使用年限內不得重複申請政府補助，如違反補助規定或程序，應無償繳回補助款項。 4. 同意本案補助金額，至戶籍所在地公所親領支票或匯入申請人帳戶。 <p>本人（申請人）或受委託人已詳閱本查定表件並確實填寫（提供）上述資料無誤，如有不實或違反上述規定，除停止本補助外，同意無條件繳回已撥付之款項，並願負一切法律責任及放棄一切抗辯權。</p> <p>申請人簽章：_____ 身分證字號：_____</p> <p>受委託人簽章：_____ 身分證字號：_____</p> <p>聯絡電話：_____</p> <p>關係：_____</p>

切結及委託日期

中華民國 年 月 日

嘉義縣 年 月申請身心障礙輔助器具補助印領清冊

鄉 鎮 別			
姓 名			
住 址			
身障證明(障別)			
身 份 證 字 號			
生活輔助器具類別			
補 助 金 額			
印 領 人 蓋 章		身 份 關 係	
備 註			

承辦人

財政

主任
秘書

鄉(鎮)長

單位主管

主計

(請檢附補助人之帳戶.撥款用)