

嘉義縣失智守護（防走失）個人衛星定位器補助申請表

111年10月24日修訂

壹、申請者基本資料

受理日期： 年 月 日

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	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> □□□-□□ (請填寫郵遞區號)									
代理人姓名		蓋章		身分證字號		與申請人關係		聯絡電話		

貳、申請輔具要項(鄉鎮市公所)

※1~3項為應備文件；4~7項依申請項目或身分別檢附相關文件

注意事項	1. 設籍且實際居住於本縣，年滿 65 歲，有獨立外出之行動能力，且有走失之虞失智症者。 2. 申請之個人衛星定位器須經過評估、核定後始得購買。 2. 個人衛星定位器之最低使用年限為 2 年。	檢附文件	<input type="checkbox"/> 4. 戶口名簿或身分證正反面影本 1 份。 <input type="checkbox"/> 5. 三個月內身心障礙鑑定醫療機構之相關專科醫師診斷證明書正本 (須載明 CDR 值) <input type="checkbox"/> 6. 三個月內輔具中心評估報告書正本。 <input type="checkbox"/> 7. 委託書(如非本人親自辦理)及受託人身分證。 <input type="checkbox"/> 8. 低收、中低收入證明影本。 (請公所務必確認其身分別)。
初核	<input type="checkbox"/> 不符合補助規定，原件退還。 <input type="checkbox"/> 符合補助規定，予以送件， <input type="checkbox"/> 初次申請 <input type="checkbox"/> 輔具 _____ 已達使用年限，購買日期為 _____		
	證件備齊日： _____年_____月_____日	承辦人	單位主管

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"/> 個案實際狀況及需求符合規定。 二、 <input type="checkbox"/> 個案實際狀況及需求不符合規定，因 _____。	
承辦人	單位主管

肆、審核(嘉義縣社會局)

<input type="checkbox"/> 一 本案經審查核定通過「個人衛星定位器補」助申請，最高補助金額為新台幣 _____。				
<input type="checkbox"/> 二、不符合補助規定，理由： _____。				
承辦人	科長	秘書	副局長	局長

委託書

申請人茲因 生病或行動不便未滿 20 足歲 其他_____，
無法親自辦理本項補助申請，特委託_____（代理人）與申請人關係_____
（請註明）辦理並檢具委託書及相關證件影本。

※本人（申請人）已詳閱申請表及委託書並確實填寫（提供）上述資料無誤，，並願意接受嘉義縣社會局及其委辦輔具中心或據點之承辦單位進行稽查及輔具追蹤及訓練，如有不實，除停止本補助外，已撥付之款項應全數繳回，如涉及不法者，依法辦理。

申請人簽章：

身分證字號：

受委託人簽章：

身分證字號：

（申請人未滿 20 歲者，法定代理人請填寫）

中華民國 年 月 日

※請初審單位確實檢驗身分證影本與正本無誤後，歸還正本與申請人及受委託人。