

臺北市大安區公所

黏 貼 憑 證 用 紙

申請編號：_____

傳票編號												附件		
付款憑單編號														
憑證 編號	預算年度		金額								用途說明	發 票 張 收 據 張 請 購 單 張 請 修 單 張 驗 收 報 告 張 合 約 書 份 其 他 文 件 張 (需註明文件名稱)		
	預 算 科 目		億	千 萬	百 萬	十 萬	萬	千	百	十				元
	工作計畫	用途別												
												臺北市身心障礙者生活 輔助器具費用補助		
經 辦 單 位			申 請、使 用 單 位 (驗 收 或 證 明、保 管)								會 計 單 位		機 關 長 官 或 授 權 代 簽 人	

領 據

茲收到臺北市身心障礙者生活輔助器具費用補助 輪椅 (請填寫器具名稱)

補助款新台幣 拾 萬 仟 百 拾 元整。

身心障礙者姓名：張三 (簽章)

身分證字號：A123456789

戶籍地址：臺北市大安區龍安里新生南路2段86號8樓

聯絡電話：23511711

(法定)代理人：_____ (簽章)

身分證字號：

通訊地址：_____區_____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓_____

聯絡電話：_____

身心障礙者開戶金融機構(請擇一填寫)：

台北富邦銀行帳號：

郵 局 局號：0001234 帳號 1234567

他 行：

臺北市身心障礙者生活輔助器具費用補助申請書

(99年3月19日修正適用)

身心障礙者姓名	張三		身分證字號	A	1	2	3	4	5	6	7	8	9
民國	33	年	4	月	5	日	年齡：	66	歲	聯絡電話	(H) 23511711		
障礙類別等級	肢障重 度		傳真電話	(O) (F) (手機) 0910123456									
戶籍地址	10650 臺北市大安區龍安里新生南路2段86號8樓												
居住地址	<input checked="" type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
公文送達處所	<input checked="" type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同居住地址 <input type="checkbox"/> 就業處所地址 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____												
申請輔具項目	輪椅												
年齡身分別	<input type="checkbox"/> 6歲以下 <input type="checkbox"/> 12歲以下 <input type="checkbox"/> 18歲以下 <input type="checkbox"/> 20歲以下在學學生			經濟狀況	<input checked="" type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 卡號：_____								
申請資格	1. 設籍並實際居住本市，且領有本市核發、換發、補發或註記之身心障礙手冊者。 2. 申請補助項目未獲政府其他醫療補助、社會保險給付或其他相同性質(輔具)補助者。 3. 其他：詳見臺北市身心障礙者生活輔助器具費用補助標準表及相關規定。												
應備文件	<input type="checkbox"/> 1. 3個月內統一發票或收據正本並註明品名、數量、單價、申請人姓名、地址。(若為臺、澎、金、馬以外地區開立，另請詳見身心障礙者生活輔具補助標準表備註2之規定) <input type="checkbox"/> 2. 領據、印章。 <input type="checkbox"/> 3. 申請人之郵局或台北富邦銀行存摺影本。(須有戶名及帳號) <input type="checkbox"/> 4. 身心障礙手冊正本及正反面影本。(正本現場查驗後歸還) <input type="checkbox"/> 5. 戶口名簿正本及正反面影本。(正本現場查驗後歸還) <input type="checkbox"/> 6. 低收入戶卡正本及正反面影本。(正本現場查驗後歸還，無則免附) <input type="checkbox"/> 7. 3個月內身心障礙鑑定醫院醫師診斷證明書正本。(註明申請人症狀及所須輔具名稱) <input type="checkbox"/> 8. 3個月內輔具評估建議書正本。 <input type="checkbox"/> 9. 3個月內輔具檢測合格書正本。 <input type="checkbox"/> 10. 買賣契約書影本。 <input type="checkbox"/> 11. 其他應附文件(委託辦理者須附委託書)。 _____ (7-11項應備文件係依申請項目檢附不同之文件，詳見身心障礙者生活輔具補助標準表及相關規定)												
帳 號	撥款帳戶戶名： <u>張三</u> 撥款行庫：台北富邦銀行 _____ 分行或 <u>青田</u> 郵局 _____ 支局 撥款帳號： <u>0001234-1234567</u>												
注意事項	1. 申請之輔具項目須已超過前次申請該項輔具項目之補助年限，每人每年以申請2項輔具補助為限。(年度計算方式為1月1日至12月31日止) 2. 相關單位得隨時抽查，如有虛偽不實之申請而接受補助者(如領有補助器具補助款而未實際購買等…情事)，除追回已領之補助費用外，涉及刑事責任者，移送法辦。 3. 本案自區公所審核後至補助款撥入申請人帳戶日止所需作業時間約為30日。 4. 本局委託之臺大輔具中心(服務區域：中正、大同、萬華、士林、北投、中山，電話：23123456 #67292)及第一輔具中心(服務區域：信義、大安、文山、松山、南港、內湖，電話：27207364 #703)提供本補助所須開立之輔具評估書及檢測合格書之服務。 5. 輔具項目按標準表規定，若需檢附醫師診斷書、評估建議書、檢測合格書者，請先依醫師診斷、治療師評估建議後依其建議事項購買，再經治療師檢測開立檢測合格書，若已先購買輔具再開立評估建議書者，得不予補助。 ※本人(受託人)已詳閱本表並確實填寫(提供)上述資料無誤，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。 本人(受託人)簽章： _____ <input style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>												
											洽辦單位：各戶籍所在地區公所		
											申請日期：99年7月1日		

臺北市身心障礙者生活輔助器具費用補助申請委託書

生病或行動不便

張三茲因

工作

不識字

其他 _____

不克前往區公所辦理本項補助申請，特委託 李四 君代為辦理，如有虛偽，願負法律責任。

此致

臺北市大安區公所

委託人（身心障礙者）：張三

（簽名或蓋章）

身分證字號：A123456789

戶籍地址：臺北市大安區龍安里新生南路2段86號8樓

受託人：李四

（簽名或蓋章）

身分證字號：A220666159

戶籍地址：同上

聯絡地址：同上

聯絡方式及電話：23511711

與身心障礙者關係：朋友

中 華 民 國 9 9 年 7 月 1 日