

# 臺北市政府社會局身心障礙者人工電子耳補助申請切結書

本人\_\_\_\_\_接受臺北市政府社會局\_\_\_\_年度身心障礙者人工電子耳補助，預計於本年度完成人工電子耳開刀手術，並至申請補助時所開立診斷證明書與術後復建計畫書之醫療院所或各聽語復健單位進行手術植入及術後聽語復健。若未能配合前述事項，將無條件繳回補助金額，特立此切結書為證。

此致 臺北市政府社會局

身心障礙者姓名： (簽章)

身分證字號：

戶籍地址：

法定代理人姓名： (簽章)

身分證字號：

戶籍地址：

聯絡地址：

聯絡電話：

與申請人關係：

中 華 民 國 年 月 日

## 回執聯

最後填表日期：\_\_\_\_\_

個案\_\_\_\_\_已於\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日起為期\_\_\_\_個月至本單位進行術後聽語復健，復健期間，如有特殊情形需變更計畫者，應陳報臺北市政府社會局知悉，並依切結書內容辦理後續追繳事宜。

1. 術後復健單位戳章：

2. 負責執行人員姓名： 簽名或蓋章

復健單位地址	
復健單位電話	

※請術後復健單位填具後寄回或擲回臺北市政府社會局身心障礙者福利科，地址：11008臺北市信義區市府路1號1樓（東北區），電話：1999（外縣市請撥02-27208889）轉1555~1558。