

臺北市身心障礙者醫療費用及醫療輔助器具核銷請款書

110.12.22 修訂

身心障礙者姓名		身分證 統一編號											
核 補 項 目	定 助 目	1.		實 際 置 金 額	新臺幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整								
		2.			新臺幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整								
		3.			新臺幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整								
		4.			新臺幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整								
	<input type="checkbox"/> 開具診斷證明書費用 <input type="checkbox"/> 開具醫療輔具評估報告費用 註:請檢附全民健康保險特約醫院之自付費用收據正本或副本												
聯 電	絡 話	(日) (夜) (手機)											
戶 地	籍 址												
居 地	住 址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 地址：											
應 文	備 件	<input type="checkbox"/> 1.臺北市衛生局審核通過核定公文 影本 (核定公文正反面及核定表) <input type="checkbox"/> 2. 身心障礙者本人 之銀行存摺 影本 (須有戶名及帳號;若非身心障礙者本人帳戶,請填寫撥款帳戶非本人之核銷切結書並檢附委任人和受任人之身分證正反面影本及受任人之存摺影本) <input type="checkbox"/> 3.臺北市衛生局核定公文日期起 6 個月內之購買憑證,即統一發票或收據 正本 (出具收據廠商需為國稅局核定免用統一發票者並加蓋免用統一發票章),統一發票或收據需 載明買受人 (身心障礙者) <input type="checkbox"/> 4.臺北市衛生局黏貼憑證用紙(請填寫領據下方補助項目及基本資料) <input type="checkbox"/> 5.輔具供應商出具之保固書 影本 。保固書應載明產品規格,含標準表所定醫療輔具項目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、服務電話,並應標示經中央主管機關核准之醫療器材許可證字號。 <input type="checkbox"/> 6.身心障礙者居家使用核定補助醫療輔具之照片(身心障礙者及醫療輔具必須在同一張照片) <input type="checkbox"/> 7.其他應備文件(依申請項目檢附相關證明文件)。 ◎應備文件依衛生福利部訂定之「身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助辦法」、「醫療復健費用及醫療輔具補助標準」及其他相關規定											
注 事	意 項	茲具結_____ (或受託人)確實已購買本府核定補助之輔助器具,並已在使用中,另本人(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。另本人(受託人)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,如有不實,除停止本補助外,已撥付之款項應全數繳回。 本人(受託人)簽章: (蓋章處) 申請日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日											
代理申請委託書													
委託人(即申請人): _____ 【簽章】 已瞭解並將申請本辦法及基準表相關規定事宜, 委託: _____ 【簽章】 (關係: _____) 代為申請(即受託人),如有糾紛,概由委託人與受託人自行議處;如有因虛報不實經查獲者,雙方並負相關法律責任。													