

臺北市身心障礙者居家使用核定補助醫療輔具照片黏貼用紙

1081015 制
1101222 修

| | | | | | | | | | | | | |
|----------|----|---------|----|--|--|--|----|--|--|--|--|--|
| 身心障礙者姓名 | | 身分證統一編號 | | | | | | | | | | |
| 核定醫療輔具名稱 | 1. | 2. | 3. | | | | 4. | | | | | |

說明：申請人使用核定補助醫療輔具之照片，應清晰並足以辨識申請人與該醫療輔具。

| | |
|------------------|--------------------|
| 輔具 名稱 | 申請人使用醫療輔具 照片黏貼處 |
| 輔具 名稱 | 申請人使用醫療輔具 照片黏貼處 |

*本表如不敷使用請自行複印。