

## 身心障礙者醫療輔具費用補助切結書

(撥款帳戶非身障者本人之帳戶)

身心障礙者姓名：\_\_\_\_\_，身分證字號：\_\_\_\_\_

於\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日向臺北市政府衛生局申請身心障礙

者醫療輔助器具\_\_\_\_\_補助，

因\_\_\_\_\_，

故無法使用本人的帳戶，改用其他人的帳戶。

撥款帳戶戶名：\_\_\_\_\_

撥款帳戶【請擇一填寫】

 匯入金融機構帳戶：\_\_\_\_\_銀行\_\_\_\_\_分行總代號  分支代號 帳 號  匯入郵局帳戶：\_\_\_\_\_郵局局 號 

※依身心障礙者輔具費用補助辦法第十四條：「以詐術或其他不法行為申請或領取補助者，直轄市、縣(市)主管機關應不予補助或停止補助，已補助者應追回之。涉及刑責者移送司法機關辦理。」

委 任 人：\_\_\_\_\_ (簽章)

受 任 人：\_\_\_\_\_ (簽章)

\*請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。

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日