

彰化縣身心障礙者輔具（含醫療輔具）補助申請 切 結 書

申請人(身障者) _____，茲向彰化縣政府申請(輔具名稱) _____

輔具補助款，如以下事項有偽造或不實之行為，願負法律責任，並將該補助款繳回，以示負責；涉及刑責者移送司法機關辦理，特立此證。

一、申請所需證件無偽造或不實。

二、申請下列輔具確屬居家使用 是（未申請下列輔具不須勾選此項）

（氣墊床照顧床傾斜床站立架升降桌衣著飲食居家用生活輔具移位吊帶移位滑墊拍痰器抽痰機化痰機(噴霧器)雙相陽壓呼吸輔助器單相陽壓呼吸輔助器血氧機氧氣製造機UPS 不斷電系統）之補助，依規定需限居家使用，倘有非居家使用不實之行為，將依規定繳回補助款。

三、同意委託辦理 是（身障本人親自申請不須勾選此項）

本人(身障者) _____ 係彰化縣身心障礙者，因故不克親自前去貴單位申辦身心障礙者輔助器具補助，特委請 _____（受委託人姓名）代為辦理。

此致 彰化縣政府

立切結書人(身障者)： _____（簽章）

身分證字號： _____

戶籍地址： _____ 連絡電話： _____

（身心障礙者為 18 歲以下未成年者或是禁治產人者，請由法定代理人切結之）

法定代理人： _____（簽章）

與申請人關係：(身障者) _____

身分證字號： _____

戶籍地址： _____ 連絡電話： _____

受委託人切結： _____（簽章）

與申請人關係：(身障者) _____

身分證字號： _____（需附身分證明影本）

戶籍地址： _____ 連絡電話： _____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日（本表格請務必確實填寫）