

# 請款清冊

表 1

廠商名稱：

廠商統編：

承辦人：

會計年度：

月份：

編號	購買日期			個案姓名	身分證字號	經濟狀況別	輔具項目名稱	產品廠牌	產品型號	產品序號	統一發票號碼	核定金額	購買金額	申請補助金額	民眾自費金額
	年	月	日												
合計															
廠商用印															

# 領款收據

表 2

茲收到○○縣(市)政府撥付\_\_\_\_\_等\_\_\_\_人「補助購置身心障礙者輔具費用」(明細詳如請款清冊),計新臺幣\_\_\_\_拾\_\_\_\_萬\_\_\_\_仟\_\_\_\_百\_\_\_\_拾元整,所送各項憑證若經查核有不符規定情事,領款單位自願退還所領取之費用,且如涉及詐欺或其他不法行為請領補助費用,願負一切法律責任,絕無異議。

此 致

○○縣(市)政府

領款廠商: \_\_\_\_\_

蓋章:

統一編號: \_\_\_\_\_

負責人: \_\_\_\_\_

聯絡電話: \_\_\_\_\_

住 址: \_\_\_\_\_

銀 行: \_\_\_\_\_ 解款代碼: \_\_\_\_\_

帳戶名稱: \_\_\_\_\_

銀行帳號: \_\_\_\_\_

大小印

中 華 民 國 年 月 日



# 輔具購買補助證明

表 4

本人\_\_\_\_\_（個案姓名）確已收到\_\_\_\_\_（廠商名稱）販售之輔助器具，明細如下，所請代辦之憑證若經政府查核有不符規定情事，自願自行負擔購買費用，且如涉及詐欺或其他不法行為請領補助費用，願負一切法律責任，絕無異議。

購買明細：

單位：元

編號	輔具項目名稱	產品廠牌	產品型號	產品序號	購買金額	申請補助金額	民眾自費金額
1							
2							
3							
4							
5							
6							

註：購買金額應等於申請補助金額及民眾自費金額之加總。

此 致

○○縣（市）政府

申請人簽章：\_\_\_\_\_

身分證字號：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_

戶籍地址：\_\_\_\_\_

受託人簽章：\_\_\_\_\_

身分證字號：\_\_\_\_\_

受託人與申請人之關係：\_\_\_\_\_

中 華 民 國 年 月 日

# 輔具照片

表 5

個案姓名：                      購買項目：

\* 請檢附兩張照片：每項輔具拍攝一張個案使用照片；另一張拍攝輔具  
產品序號之特寫。

## 照片 (1)

(個案使用輔具照片)

## 照片 (2)

(輔具產品序號特寫)

## 輔具買賣保固切結書

立切結廠商\_\_\_\_\_ (公司、行、號)確實於\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日售予

\_\_\_\_\_君下列輔具，如有不實，願負一切法律責任。同時，所銷售輔具符合彰化縣政府核定之項目，經檢測若有不符，願配合改善或更換。

輔具名稱：\_\_\_\_\_

廠牌：\_\_\_\_\_

型號：\_\_\_\_\_

序號：\_\_\_\_\_

規格與配件(皆需依各補助項目載明規格或功能規範)：量身訂製者須在此區描述其量製內容

醫療器材查驗登記字號：( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 字第\_\_\_\_\_號【例-衛署醫器製字第…號】

其他證號：\_\_\_\_\_

保固起訖日期：自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日止

保固內容：\_\_\_\_\_

售出價款計新台幣：\_\_\_\_\_萬\_\_\_\_\_仟\_\_\_\_\_佰\_\_\_\_\_拾\_\_\_\_\_元整

此致

彰化縣政府社會處

售出單位(公司行號)：\_\_\_\_\_ (請蓋章)

負責人：\_\_\_\_\_ (請蓋章)

營利事業統一編號：\_\_\_\_\_

營業所地址：\_\_\_\_\_

電話號碼：\_\_\_\_\_

切結書

1. 受託人\_\_\_\_\_確認醫療廠商\_\_\_\_\_代為申請。

2. 購買輔具\_\_\_\_\_，合計

新台幣\_\_\_\_\_萬\_\_\_\_\_仟\_\_\_\_\_佰\_\_\_\_\_拾\_\_\_\_\_元整，已由廠商\_\_\_\_\_於購買輔具時

直接扣除補助費用(發票金額\_\_\_\_\_元整，實付\_\_\_\_\_元整)，並保證以提供完整資料供申請

補助款，若有不實，願退還全額已領取之補助款，並接受法律制裁。

以上聲明經受託人確認無誤，特立此切結書為憑。若有不實或重複申請輔具補助之情形，願

負一切法律責任。

此致

\_\_\_\_\_醫療廠商

立切結書人(受託人)：\_\_\_\_\_ (請簽名並蓋章)

身分證字號：\_\_\_\_\_

聯絡地址：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日