

# 領款收據

附件一

茲收到彰化縣政府撥付\_\_\_\_\_等\_\_\_\_\_人次「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 萬 仟 佰 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，絕無異議。  
此致

彰化縣政府

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：\_\_\_\_\_

中華民國 年 月 日

-----存--補--封--面--影--本--黏--貼--處-----

大小印



# 輔具支出憑證黏存單

附件三

廠商名稱：\_

黏存單 編號	項目	單據金額						備註
		拾萬	萬	千	佰	拾	元	
1	<input type="checkbox"/> 購買 <input type="checkbox"/> 環改							共 人
經手人				負責人				

憑證 1

黏貼處

.....

憑證 2 黏貼處

.....

憑證 3 黏貼處

.....

憑證 4 黏貼處

.....

憑證 5 黏貼處

.....

\*每張黏存單以五人為限

# 輔具購買補助證明

附件四

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查核有不符規定情事，自願自行負擔購買費用，絕無異議。

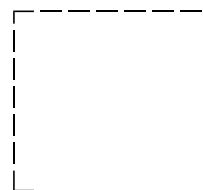
購買明細：

1. (項目名稱)，補助費用為新臺幣\_\_\_\_\_元，自費為新臺幣\_\_\_\_\_元。
2. (項目名稱)，補助費用為新臺幣\_\_\_\_\_元，自費為新臺幣\_\_\_\_\_元。
3. (項目名稱)，補助費用為新臺幣\_\_\_\_\_元，自費為新臺幣\_\_\_\_\_元。
4. (項目名稱)，補助費用為新臺幣\_\_\_\_\_元，自費為新臺幣\_\_\_\_\_元。

此 致

彰化縣政府

個案姓名：\_\_\_\_\_ 蓋章：



身分證字號：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_

戶籍地址：\_\_\_\_\_

※請依核定公文填寫補助金額，倘有塗改需蓋章。

※身心障礙者申請輔具補助費用，未滿十八歲者，須由監護人、同一戶籍之家屬或法定代理人代為填寫並簽章。

中華民國 108 年 月 日

# 輔具照片

附件五

個案姓名：

購買項目：

\*一項設備拍攝一張個案使用照片，需拍到產品序號。

(欄位不足請自行複印)

照片

照片

# 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)

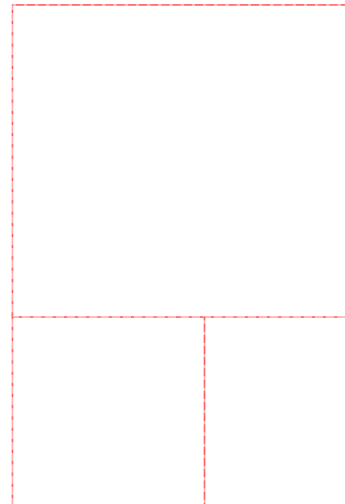
負責人：\_\_\_\_\_ (請蓋章)

營利事業統一編號：\_\_\_\_\_

營業所地址：\_\_\_\_\_

電話號碼：\_\_\_\_\_

(上表請填具詳細完整)





# 彰化縣身心障礙者輔具費用補助-廠商代償墊付計畫

## 切結書

附件七

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