

宜蘭縣殘障者生活輔助器具補助申請表

申請日期： 年 月 日

殘障者姓名		身分證字號		出生 年 月 日		殘障 別等 等級		
住址				聯絡電話			殘障者 簽章	
檢附證件	<input type="checkbox"/> 殘障手冊正反面影本 <input type="checkbox"/> 三個月內鑑定醫院診斷證明書 (需醫師註明有是項輔助之需) <input type="checkbox"/> 戶口名簿影本 (復健輔助類) <input type="checkbox"/> 郵局存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 殘障者使用輔具之相片 <input type="checkbox"/> 三個月內之發票或收據正本 <input type="checkbox"/> 依收入戶證明書 <input type="checkbox"/> 其他				郵局局號	郵局帳號		
已申請殘障者生活輔助器具名稱	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：() 年度 輔具名稱： <input type="checkbox"/> 榮總傷殘重建中心身體重建 () 年度 輔具名稱：			項目申請				
核 審 府 縣	<input type="checkbox"/> 本案不符合補助標準 <input type="checkbox"/> 本案符合補助標準 擬補助 () 項目 計新台幣 () 元			鄉 初 審				
核 審 政 府				縣 審				
備 註	若有虛偽不實之申請而接受補助者(如領有補助款而未實際購買)，除追回已領之補助外，涉及刑事責任者，移送法辦。							