

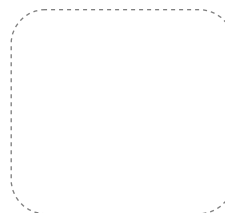
臺中市長期照顧服務輔具及居家無障礙環境改善特約服務單位 申請新增(註銷)輔具項目及異動價格申請表

申請日期	年 月 日	單位名稱			
負責人		聯絡人姓名			
聯絡人電話		電子郵件			
原輔具項目數量	共計_____項 (一般輔具：_____項； 智慧科技輔具：_____項)	異動後 輔具項目數量	共計_____項 (一般輔具：_____項；智慧科技輔具：_____項)		
申請項目	☐ 新增	☐ 一般輔具_____項 ☐ 智慧科技輔具_____項			
	☐ 註銷	☐ 一般輔具_____項 ☐ 智慧科技輔具_____項			
	☐ 異動價格	☐ 一般輔具_____項 ☐ 智慧科技輔具_____項			
輔具項目異動應備文件(影本)	☐ 輔具租賃項目清冊(含已核備項目) ☐ 輔具產品照片 ☐ 投保產品責任保險相關證明文件 ☐ 輔具購入證明				
輔具價格異動應備文件(影本)	☐ 輔具租賃價格清冊(含已核備項目) ☐ 輔具產品照片				

單位負責人：



單位用印：



衛生局 審核	【以下由衛生局人員填寫】 ☐符合，審查通過，完成輔具項目清冊登記及輔具系統資料建置，辦理後續輔具服務事宜。	審查人員
	☐補件，已於<u> </u>年<u> </u>月<u> </u>日完成補件且審查通過，完成輔具項目清冊登記及輔具系統資料建置，辦理後續輔具服務事宜。 ☐不符合：退件，檢還原件，請依審查結果改善後，再另行提送。 其他補充說明：	