臺中市衛生局長期照顧輔具服務特約廠商代為申請書

本人＿＿＿＿＿＿＿＿（個案姓名）確已收到＿＿＿＿＿＿＿＿（廠商名稱）販售（或修繕）之輔助器具，明細如下表，本人同意經廠商申報下列輔具給付額度後，自本人長照輔具服務額度中扣除，所請代辦之憑證若經縣市政府查核有不符規定情事，願自行負擔購買費用，且如涉及詐欺或其他不法行為請領給付費用，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	申請給付金額	民眾申請**部分負擔**	民眾**超額負擔**
範例	便盆椅 EA01	好家						
1								
2								
3								
4								
5								
總計								
特約單位承辦人：　　(簽名或蓋章)								

註：購買金額應等於申請給付金額、民眾部分、及民眾超額自費之加總。請詳細檢視上訴所填資料是否屬實；如經查證已詐欺或其他不正當行為或虛偽之證明申請補助費用者，應負一切法律責任，並返還已支付之補助經費。

此　致

臺中市政府衛生局

申請人	廠商簽章
申請人簽名或蓋章：＿＿＿＿＿＿＿＿【蓋章】 身分證字號：＿＿＿＿＿＿ 聯 絡 電 話：＿＿＿＿＿＿	
受託人簽名或蓋章：＿＿＿＿＿＿＿＿【蓋章】 身分證字號：＿＿＿＿＿＿ 受託人與申請人之關係：＿＿＿＿＿＿	

中　華　民　國　　年　　月　　日