**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