

屏東縣政府輔具費用補助核銷請款說明

一、核銷應備文件

輔具補助核定結果通知書。

核定日起六個月內之憑證正本：發票或免用統一發票收據。【附件 1】

1. 廠商開立免用統一發票收據者，請加蓋免用統一發票章，並檢具免用統一發票證明或國稅局營業稅核定稅額繳款書影本。
2. 居家無障礙小工開立免用統一發票收據者，請檢附總金額「千分之四」印花稅(限小工使用)。
3. 倘限於經濟因素無力先行負擔購置輔具費用者，得依「屏東縣輔具居家無障礙環境改善購買服務計畫」，由特約廠商提供輔具新品購置及代償墊付服務。

輔具購買及居家無障礙環境改善補助證明【附件 2】

輔具及居家無障礙環境改善費用補助申辦委託書【附件 3】

申請人本人郵局/銀行/農會存簿封面影本【附件 4】

1. 如申請人本人無上列帳戶，可委託下列兩種身份者領取補助款項，但須檢附委託書。
 - (1) 申請人親屬：請檢附足資證明親屬關係之證明文件。
 - (2) 機構、村里長或其他公益單位：委託書須加蓋單位大小章、村里長章或檢附其他足資證明身份之證明文件。
2. 如使用銀行/農會帳戶者應填具領據。

照片二張【附件 5】

1. **輔具類**：每項輔具拍攝一張個案使用照片；另一張拍攝輔具產品序號之特寫。
2. **居家無障礙環境改善**：改善前照片得以本府所附「輔具規格配置建議」代替，請自行拍攝改善後照片
3. 下列免評估項目無須檢附照片。

輪椅-A 款	輪椅-B 款	電動輪椅電池
特製機車-A 款	特製機車-B 款	機車改裝-A 款
機車改裝-B 款	機車改裝-C 款	汽車改裝-油門煞車連桿
單支拐杖	助行器	移位機吊帶
視障用白手杖	收錄音機或隨身聽	視障用點字手錶
點字板	傳真機	行動電話機-A 款
視障用語音報時器	居家無障礙設施-電話閃光震動器	居家無障礙設施-電話擴音器
居家無障礙設施-門鈴閃光器	居家無障礙設施-無線震動警示器	居家無障礙設施-火警閃光警示器
人工講話器-一般型	電腦輔具-網路攝影機	語音血壓計
頭護具	馬桶增高器、便盆椅或沐浴椅	語音體溫計

語音體重計	衣著用輔具	飲食用輔具
居家用生活輔具	人工電子耳語言處理設備更新	人工電子耳耗材

輔具供應商出具保固書之影本（保固書正本由申請人留存）【附件 6-1】；如無保固書，請該廠商開立廠商保固切結書【附件 6-2】，兩份擇一提供。

1. 請載明產品規格、型號、序號、保固年限及起迄日期（含年、月、日）、該廠商名稱、統一編號、負責人姓名、服務電話及其他必要資訊。
2. 如為醫療器材者，應標示中央主管機關醫療器材查驗合格之登記字號。
3. 如為身心障礙生活輔具第 63-67 項（溝通及資訊設備），應標示經國家通訊主管機關型式認證審驗合格之標籤號碼。

其他：

1. 身心障礙者輔具第 22-27 項（特製汽、機車）：應檢附該類特製車輛駕照及該車輛行照。【附件 7】
2. 身心障礙者輔具第 70 項（助聽器 C 款）：應於驗配後 3 個月內經聽力師出具驗證合格報告。【附件 8】
3. 租賃單/雙相陽壓呼吸器：應檢附租賃契約。

二、 其他重要事項

- （一）經本府核定現金補助所購置之輔具，以新品為限，且該輔具不得變賣轉售或轉借、轉租第三人使用；倘若已無使用該輔具需求，或使用年限到期欲再次申請同項輔具補助時，請洽本縣輔具資源中心繳回輔具。
- （二）本項說明適用之租賃品項僅限單/雙相陽壓呼吸器（醫療輔具）。
- （三）請於核定日起 6 個月內檢具應備資料，並以掛號方式寄至本府社會處身心障礙福利科，信封封面需註明輔具費用補助請款，逾期不予補助。
- （四）每月 20 日為當期請款資料收件截止日，收件後經審查無誤，補助款至遲於次月 10 日前匯入檢附之郵局帳戶，本府不再另行通知撥款；惟如資料不符規定或未齊全，本府將以書面通知補正。
- （五）為落實提供輔具補助之美意，您接受本補助後，本府將不定期派員關心您輔具使用情況，若有虛偽不實之申請而接受補助者，除追回已領之補助費用外，涉及刑事責任者移送司法機關辦理。
- （六）您如對核定結果有異議，依訴願法第 14 條第 1 項規定，於文到 30 日內檢附相關文件逕向本府提出複查。
- （七）若您家中有閒置輔具，歡迎捐贈予本縣輔具資源中心（屏東總站：08-736-5455 或屏中分站：08-789-9599），中心屆時將回收之輔具經整修及清潔後，將提供民眾申請使用，減少需求者經濟負擔及促進有效資源再利用。

統一發票或收據正本黏貼處

- 一、 核定購買輔助器具之統一發票或收據憑證，請確實填具購買日期、買受人姓名、輔具（中文）名稱、數量、單價及金額。
- 二、 發票或收據買受人請開立申請人本人；如為三聯式發票，請開立「屏東縣政府」。
- 三、 廠商若開立「免用統一發票收據」，請加蓋「免用統一發票章」。

免用統一發票證明或國稅局營業稅核定稅額繳款書影本黏貼處

- 一、 廠商若開立「免用統一發票收據」，請檢附免用統一發票證明或國稅局營業稅核定稅額繳款書影本。
- 二、 居家無障礙改善小工若開立「免用統一發票收據」，請檢附總金額「千分之四」印花稅。(僅限小工使用)，如：收據總額為新臺幣 5,000 元，印花稅應為 $5,000 * 0.004 = 20$ 元面額。印花稅得至郵局購買。

輔具購買及居家無障礙環境改善補助證明

立切結書人（申請人本人或受委託人）：_____確實已購買（租賃）屏東縣政府核定補助之輔助器具或施作居家無障礙環境改善，項目詳如保固書或廠商保固切結書，並由申請人本人使用中；如依相關規定應為居家使用項目者，申請人亦確實居家使用之。如有不實、轉售或租借他人使用，願負一切法律責任，並無條件繳回補助款，特立切結書為憑。

此致

屏東縣政府

請
蓋
章

具切結人（身心障礙者本人或受委託人）：

身分證字號：

戶籍地址：

連絡電話：

中 華 民 國 年 月 日

輔具及居家無障礙環境改善費用補助申辦委託書（無委託事項免填）

附件 3

本人（申請人姓名）_____因 無法親自至貴單位辦理申辦補助

無郵局儲金帳戶或為問題帳戶 因經濟能力限制無法自行購置 其他（請自行填寫原

因）_____，故本人委託 _____（受委託人與本人關

係為 _____、受委託人身分證字號 _____ 及連絡電話 _____）

代為申辦，並同意將補助款匯撥入受委託人帳戶。

中 華 民 國 年 月 日

受委託人身分證正面影本

如為機構請附立案證書

受委託人身分證反面影本

如為機構請附立案證書

郵局/銀行/農會存簿封面影本黏貼處

- 一、 申請人本人無存簿者，可委託下列 2 者身分者代為領取補助款項。
- (一) 申請人親屬：請檢附足資證明親屬關係之證明文件。
- (二) 機構、村里長或其他公益單位：委託書須加蓋單位大小章、村里長章或檢附其他足資證明身份之證明文件。
- 二、 提供非郵局存簿者，請務必填寫下半頁領據。

領據

茲向屏東縣政府領到 身心障礙者生活輔具費用 身心障礙者醫療輔具 長期照顧輔具及居家無障礙環境改善(請擇一勾選)費用補助款計新臺幣 ___拾___萬___仟___佰___拾___元整(補助金額由本府審核後填寫)，實屬無訛。

此致

屏東縣政府

領款人：

身分證字號：

住址：

電話：

請
蓋
章

中 華 民 國 年 月 日

輔具及居家無障礙環境改善照片

購置項目/施作品項：	購置項目/施作品項： <input type="checkbox"/> 同左
<p style="text-align: center;">照片(1)</p> <p style="text-align: center;">(個案使用照片/居家無障礙環境改善後)</p>	<p style="text-align: center;">照片(2)</p> <p style="text-align: center;">(輔具產品序號特寫/居家無障礙環境改善後)</p>
購置項目/施作品項：	購置項目/施作品項： <input type="checkbox"/> 同左
<p style="text-align: center;">照片(3)</p> <p style="text-align: center;">(個案使用照片/居家無障礙環境改善後)</p>	<p style="text-align: center;">照片(4)</p> <p style="text-align: center;">(輔具產品序號特寫/居家無障礙環境改善後)</p>

- 一、 輔具類：每項輔具拍攝一張個案使用照片；另一張拍攝輔具產品序號之特寫。
- 二、 居家無障礙環境改善：改善前照片得以本府所附「輔具規格配置建議」代替，請自行拍攝改善後照片

輔具保固書

*與廠商保固切結書擇一使用。

*保固書內容請務必詳細填寫輔具產品廠牌、型號及序號，如為醫療器材應詳載醫材登記字號。

*請張貼保固書影本，正本請由申請人收執。

保固書 1 黏貼處(請浮貼)

保固書 2 黏貼處(請浮貼)

保固書 3 黏貼處(請浮貼)

保固書 4 黏貼處(請浮貼)

廠商保固切結書

立切結廠商_____ (公司、行、號) 確實於____年____月____日 販售 (租賃) 身心障礙者/長期照顧輔具 施作居家無障礙環境改善工程予_____君，正確無訛，如有不實，願負一切法律責任。同時，所銷售輔具符合屏東縣身心障礙者輔具費用補助基準表、身心障礙者醫療復健所需費用及醫療輔具補助標準表或長期照顧輔具服務及居家無障礙環境改善補助基準表內針對該補助項目規格與功能規範規定，經驗測若有不符，願配合改善或更換。

輔具名稱：_____

品牌：_____ 型號：_____ (居家無障礙環境改善無則免填)

規格：_____

中央主管機關醫療器材查驗合格登記字號：_____ (非醫療器材免填)

國家通訊主管機關型式認證審驗合格標籤號碼：_____ (非溝通及資訊設備免填)

配件：_____ (無則免填)

保固期：____年____月____日至____年____月____日 有保養修復之責

售出價款計新臺幣：_____萬_____仟_____佰_____拾_____元整

此致

屏東縣政府

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：_____

請用公司印

請蓋負責人章

中 華 民 國 年 月 日

(上表請填具詳細完整，與保固書擇一使用，正本由申請人收執，影本核銷)

申請人特製車輛駕照及行照黏貼處

申請品項：身心障礙者輔具第 22-27 項(特製汽、機車)

<p>駕照正面</p>	<p>駕照背面 (加註條件處應載明「加裝輔助後輪」等 內容)</p>
<p>特製車輛行照正面</p>	<p>特製車輛行照背面</p>

輔具評估報告書（使用效益驗證）

輔具評估報告格式編號：25輔具項目名稱：助聽器

一、基本資料

1. 姓名：	2. 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
3. 國民身分證統一編號：	4. 生日： 年 月 日
5. 戶籍地： 縣(市) 鄉鎮市區 村(里) 路(街) 段 巷 弄 號 樓	
6. 聯絡地址： <input type="checkbox"/> 同戶籍地(下列免填) 縣(市) 鄉鎮市區 村(里) 路(街) 段 巷 弄 號 樓	
7-1. 是否領有身心障礙手冊/證明： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
7-2. (舊制)身心障礙手冊類別： <input type="checkbox"/> 肢體障礙： <input type="checkbox"/> 上肢(手) <input type="checkbox"/> 下肢(腳) <input type="checkbox"/> 軀幹 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺機能障礙 <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙 <input type="checkbox"/> 聲音或語言機能障礙 <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能 <input type="checkbox"/> 顏面損傷者 <input type="checkbox"/> 植物人 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 慢性精神病患者 <input type="checkbox"/> 頑性(難治型)癲癇症 <input type="checkbox"/> 多重障礙者(須註明障礙類別與等級)：_____ <input type="checkbox"/> 經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙 <input type="checkbox"/> 其他經中央主管機關認定之身心障礙類別： <input type="checkbox"/> 染色體異常 <input type="checkbox"/> 先天代謝異常 <input type="checkbox"/> 其他先天缺陷	
7-3. (新制)身心障礙分類系統： <input type="checkbox"/> 神經系統構造及精神、心智功能 <input type="checkbox"/> 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛 <input type="checkbox"/> 涉及聲音與言語構造及其功能 <input type="checkbox"/> 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能 <input type="checkbox"/> 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 泌尿與生殖系統相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 皮膚與相關構造及其功能	
8. 障礙等級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度	
9. 聯絡人：姓名： 與身心障礙者關係： 聯絡電話：	
10. 居住情況： <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與親友同住 <input type="checkbox"/> 安置機構 <input type="checkbox"/> 其他：_____	

二、驗證內容

1. 助聽器資料(請填寫)：

	款式	販售公司	廠牌	型號	序號
右耳					
左耳					

2. 助聽器效益：

右耳	<input type="checkbox"/> 很有效益 <input type="checkbox"/> 有效益 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不佳
左耳	<input type="checkbox"/> 很有效益 <input type="checkbox"/> 有效益 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不佳

3. 以上效益是依據以下何種測量而得評量結果：

右耳	<input type="checkbox"/> 實耳測量 <input type="checkbox"/> 2 c.c 耦合器測量 <input type="checkbox"/> 聲場中功能增益值測量 <input type="checkbox"/> 噪音中語音辨識測驗
----	---

	<input type="checkbox"/> 效益量表
左耳	<input type="checkbox"/> 實耳測量 <input type="checkbox"/> 2 c.c 耦合器測量 <input type="checkbox"/> 聲場中功能增益值測量 <input type="checkbox"/> 噪音中語音辨識測驗 <input type="checkbox"/> 效益量表

4. 助聽器驗證結果【請聽力師附上以下驗證報告(黏貼或列印)】

實耳測量 2 c.c. 耦合器測量 聲場中功能增益值測量 聲場中語詞測驗 效益量表

三、驗證結果

1. 助聽器配戴效益：

- 具改善聽力之效果
- 改善聽力之效果不佳【建議暫不予補助】
 - 建議由原輔具供應商再調整設定
 - 建議由原輔具供應商更換為符合需求之助聽器
 - 其他 請說明：_____
- 不具改善聽力之效果【建議暫不予補助】

2. 購置之助聽器規格是否與輔具評估之「規格配置建議」相符

- 符合
 - 不符合【建議補助原輔具評估「規格配置建議」款別之額度】
 - 不符合【建議不予補助】
- 請說明：_____

3. 購置之助聽器規格是否與輔具供應商出具之保固證明書相符

- 符合
 - 不符合【建議不予補助】
- 請說明：_____

檢核單位：_____

檢核人員：_____ 職稱：_____

檢核日期：_____

