

身心障礙者醫療輔具購置/租賃服務補助證明

本人_____（受補助者姓名）確實向_____（廠商名稱）購置/租賃醫療輔具於居家使用，明細如下，所請代辦之憑證若經查核有不符規定之情事，自願自行負擔購買費用，且如涉及詐欺或其他不法行為請領補助費用，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	申請補助金額	民眾自費金額
1							
2							
3							
4							

註：購買金額應等於申請補助金額及民眾自費金額之加總。

此 致

臺東縣衛生局

印

申請人簽章：_____身分證字號：_____

聯絡電話：_____

戶籍地址：_____

受託人簽章：_____身分證字號：_____

印

受託人與申請人之關係：_____

中 華 民 國 年 月 日