

**臺東縣衛生局長期照顧輔具及居家無障礙環境改善服務補助
到宅查核紀錄表**

稽查日期：____年__月__日 NO. _____ 查核類型：例行抽查 疑似異常/通報
 複查查核人員：_____

受補助人姓名		身分證字號	
聯絡電話		CMS 等級 / 核定文號	
居住地址			

A. 到宅實地查核（現場）		
1. 輔具為個案本人使用（核定項目在場）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
2. 輔具使用狀況正常（會操作/安全性 OK）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	需再教學： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 環改施作與評估/核定一致（項目/位置/數量）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用	_____
4. 環改確實為個案居住地使用（非移除/非他處）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用	_____
5. <input type="checkbox"/> 輔具疑似轉售/外借 <input type="checkbox"/> 實品與票據不符 <input type="checkbox"/> 照片與現場不符 <input type="checkbox"/> 無同意施工 <input type="checkbox"/> 疑似重複申請		說明： _____

查核結果：符合規定 限期改善（期限：____年__月__日） 不符合規定（理由詳上列備註/說明）

案家/受補助人簽名：	查核人員核章：	督導核章：

※備註：查核人員請拍攝（1）輔具使用照片（2）環改照片，依序檢附於本表後。