**長照輔具服務給付證明**

表07

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** | **民眾部分負擔** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |

此 致

臺東縣衛生局

申請人簽名或蓋章： 身分證字號：

聯絡電話：

受託人簽名或蓋章： 身分證字號：

受託人與申請人之關係：

中 華 民 國 年 月 日