

澎湖縣身心障礙者輔具費用補助申請表

申請者資料	身心障礙者姓名	陳○明		出生日期	民國○○年○○月○○日		簽章	陳○明(印章)	
	障礙類別	☒ 新制 ☐ 舊制		等級	輕度		申請日期	106年8月8日	
	經濟身份別	☐ 低收入戶 ☒ 中低收入戶 ☐ 非低收及非中低收入戶							
	戶籍地址	880 澎湖縣馬公市○○里○○路○○號							
	聯絡地址	880 澎湖縣馬公市○○里○○路○○號							
	電話	9123456		行動電話	0912345678				
	申辦人	陳○華		簽章	陳○華(印章)		關係	父女	
應檢附文件	☒ 1. 醫療費用補助申請書。 ☒ 2. 使用者(身心障礙者本人)身分證正反面影本(非身心障礙者本人辦理時須另檢附委託人之身分證正反面影本)。 ☒ 3. 使用者身心障礙證明正反面影本。 ☒ 4. 身心障礙者存摺帳戶影本 ☒ 5. 診斷證明書、輔具評估報告(申請雙相陽壓呼吸輔助器、單相陽壓呼吸輔助器、氧氣製造機者) ☒ 6. 中低收或低收入戶證明。								
醫療費用補助申請	申請醫療輔具項目		申請醫療費用項目			金額		備註	
	1. 氧氣製造機(18,800元)					18,800元		中低收	
	2.								
	3.								

澎湖縣身心障礙者醫療輔具費用補助款領據

茲收到澎湖縣政府衛生局核定申請醫療輔具補助款

計新臺幣 壹 萬 捌 仟 × 佰 × 拾 × 元整，確實無訛。

申請補助項目：氧氣製造機

此致

澎湖縣政府衛生局

具領人： 陳○明

身分證字號： X112233445

住址： 澎湖縣馬公市○○里○○路○○號

電話： 0912345678

金融機構： ○○郵局

局號一帳號： 0241234-1234567

中 華 民 國 106 年 8 月 8 日