

# 領款收據

茲收到澎湖縣政府衛生局撥付 000 等 2 人「身心障礙者醫療輔具補助費用

(明細詳如清冊)，計新臺幣貳萬0仟

佰0拾0元整，所送各項憑證若經查核有不符規定情事，特約單位自願退還所領取之費用，且如涉及詐欺或其他不法行為申報支付費用，願負一切法律責任，絕無異議。

此致



領款廠商：00 醫療器材行

統一編號：12345678

負責人：000

聯絡電話：9270000

住址：澎湖縣馬公市治平路000號

銀行：台灣銀行 解款代碼：0040244

帳戶名稱：00 醫療器材行

銀行帳號：\*\*\*\*\*

中華民國0年0月0日

# 身心障礙者醫療輔具代墊 務費用項目清冊

特約單位名稱：00 醫療器材行

會計年度：108 年 10 月份：

編號  
購買日期  
個案姓名  
身分證字號  
福利身分別  
輔具名稱  
產品廠牌  
產品型號  
產品序號  
統一發票號碼  
核定給付金額  
購買金額  
申請給付  
金額  
民眾部分負擔金額

年  
月  
日

1  
108  
10  
1  
王 00  
X\*\*\*\*\*  
一般戶  
製氧機

\*\*\*  
\*\*\*

001  
\*\*\*\*\*  
12500  
36000  
12500  
23500

\*\*\*  
\*\*\*

化痰機

002  
\*\*\*\*\*  
2500

3500  
2500  
1000

血氧機

\*\*\*  
\*\*\*

013  
\*\*\*\*\*

3000  
3000  
3000  
0  
2  
108  
10  
5

林 00  
X\*\*\*\*\*

一般戶  
化痰機

\*\*\*  
\*\*\*

104  
\*\*\*\*\*  
2500

3500  
2500  
1000







20500  
43000  
20500  
25500

合計

# 身心障礙者醫療輔具服務支出憑證黏存單

申請人：林00 身分別：一般戶

申請補助項目：抽痰機

憑證 1 黏貼處

憑證 2 黏貼處

憑證 3 黏貼處

憑證 4 黏貼處

憑證 5 黏貼處

憑證 6 黏貼處

憑證 7 黏貼處

憑證 8 黏貼處

憑證 9 黏貼處

憑證 10 黏貼處

憑證 11 黏貼處

# 醫療輔具購買補助給付委託證明

本人林 00確已收到00 醫療器材行（廠商名稱）販售之輔助器具明細如下表，本人委託廠商代為墊付補助款項，並同意經廠商申報下列輔具補助後，自本人身心障礙輔具項目額度中扣除，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	化痰機	***	***	002	3500	2500	1000
2							
3							
4							

註：購買金額應等於申請給付金額及民眾部分負擔之加總。

此致

澎湖縣政府衛生局

使用者簽

或蓋章： 林 0 0

身分證字號： X\*\*\*\*\*

聯絡電話： 0912345678

受託廠商商號： 00 醫療器材行

大小印

統一編號： 12345678

負責人： 0 00

電話： 9270000

地址： 澎湖縣馬公市治平路000號

中華民國 108 年 0 月 0 日