

領款收據

茲收到澎湖縣政府衛生局撥付_____等_____人「身心障礙者醫療輔具補助費用

(明細詳如清冊)，計新臺幣__萬__仟__佰__拾__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：_____

蓋章：

統一編號：_____

負責人：_____

聯絡電話：_____

住址：_____

銀行：_____解款代碼：_____

帳戶名稱：_____

銀行帳號：_____

中華民國 年 月 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：_____

會計年度： 年 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

合計

身心障礙者醫療輔具服務支出憑證黏存單

申請人：_____ 身分別：_____

申請補助項目：_____

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_____確已收到_____（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							
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：_____

身分證字號：_____

聯絡電話：_____

大小印

受託廠商商號：_____

統一編號：_____

負責人：_____

電話：_____

地址：_____

中華民國 年 月 日