

服義務役致身心障礙人員購置輔具費用補助作業要點

- 一、內政部（以下簡稱本部）為照顧服義務役期間作戰、因公、因病或意外致身心障礙之退伍（役）、停役人員生活品質，補助其購置輔具之費用，特訂定本作業要點。
- 二、補助對象：經國防部、本部核定有案之身心障礙人員（下稱申請人）。
- 三、補助輔具項目及金額：
 - （一）申請人購置輔具經直轄市、縣（市）政府依衛生福利部相關法規核定補助輔具項目、金額後，不足之款項由本部辦理同額補助。但係因病或意外致身心障礙須購置輔具者，本部同額補助金額不得超過為新臺幣二萬元。
 - （二）前款補助總額不得超過輔具實際購置金額。
- 四、依本要點申請輔具費用補助之辦理程序如下：
 - （一）由申請人或委託有行為能力者填具申請書，檢附下列文件，向戶籍所在地鄉（鎮、市、區）公所提出申請：
 - 1、申請書（如附表一）。
 - 2、服義務役期間因作戰、因公、因病或意外致身心障礙相關證明文件影本。
 - 3、經直轄市、縣（市）政府核定補助購置輔具函影本。
 - 4、購買輔具之相關證明文件影本。
 - 5、領據正本（如附表二）。
 - 6、申請人之金融機構存簿封面影本。
 - （二）鄉（鎮、市、區）公所受理申請後，應於五日內檢視申請人前款文件是否齊備，文件備齊者，陳報直轄市、縣（市）政府審查，文件未備齊者，退回申請人。
 - （三）直轄市、縣（市）政府收到申請案時，應於十日內完成審查申請人申請輔具項目與金額，並填具支出分攤表（如附表三），函報本部核定。
 - （四）本部收到前款案件時，應於十日內核定申請人補助項目及金額，

並將核定結果函知申請人並副知直轄市、縣（市）政府，補助費用匯入申請人指定帳戶；核定不合格者，應敘明理由駁回申請並將申請文件退還申請人。

五、以詐術或其他不法行為申請或領取補助者，本部應不予補助；已補助者應撤銷核定結果函，並追繳已領之補助。涉及刑責者移送司法機關辦理。

六、本要點所定輔具補助所需經費，由本部編列預算支應。

附表一

服義務役致身心障礙人員購置輔具費用補助申請書

申請人姓名	國民身分證 統一編號												
出生日期	民國	年	月	日	聯絡電話	(住家) (手機)							
戶籍地址	□□□□--□□				通訊地址	□同戶籍地址 □不同戶籍地址：							
申請補助 輔具項目													
受委託人 基本資料	姓名				與申請人關 係								
	國民身分證 統一編號				電話								
代申請委託(授權)書 委託人(申請者)：(簽名或蓋章)不克前往公所辦理本項補助申請 委託(授權)受委託人：(簽名或蓋章)代為【送件申請】【填寫申請書 及簽名或蓋章】，如有糾紛，概由委託人與受委託人自行議處；如因虛報不實而查獲者，雙 方並負相關法律責任。													
應備 文件	<input type="checkbox"/> 1. 服義務役期間因作戰、因公、因病或意外致身心障礙相關證明文件影本。 <input type="checkbox"/> 2. 直轄市、縣(市)政府核定補助購置輔具函影本。 <input type="checkbox"/> 3. 購買輔具之相關證明文件影本。 <input type="checkbox"/> 4. 領據正本。 <input type="checkbox"/> 5. 申請人之金融機構存簿封面影本。												
注意 事項	1. 以詐術或其他不法行為申請或領取補助者，內政部將不予補助，已補助者應 撤銷核定結果函，並追繳已領之補助。涉及刑責者移送司法機關辦理。 2. 本人(受託人)已詳閱本表並確實填寫(提供)上述資料無誤，如有不實，除撤 銷本補助外，已撥付之款項應全數繳回，如涉及不法者，依法辦理。												
本人簽名或蓋章： 申請日期：_____年_____月_____日													
以下由戶籍地鄉(鎮、市、區)公所填寫													
核章	<input type="checkbox"/> 文件備齊												
	<input type="checkbox"/> 文件未備齊，退回申請人												
	承辦人				單位主管				機關首長				
以下由戶籍地直轄市、縣(市)政府填寫													
核章	<input type="checkbox"/> 建議補助輔具項目：_____、補助金額(新臺幣)：_____												
	<input type="checkbox"/> 不符輔具補助規定：退鄉(鎮、市、區)公所補件												
	承辦人				單位主管				機關首長				
以下由內政部填寫													
核定 結果	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格												
	核定補助輔具項目：												
	核定補助金額(新臺幣)：												
核章	承辦人				單位主管				機關首長				

附表二

領 據

茲收到：內政部輔具費用補助費

計新臺幣_____萬_____仟_____百_____拾_____元整。(備註：本項金額由內政部核定填寫)

申請人姓名：_____ (簽名或蓋章)

申請人國民身分證統一編號：_____

聯絡電話：_____

通訊地址：_____縣/市_____鄉/鎮/市/區_____里_____鄰

_____路/街_____段_____巷_____弄_____號

_____樓之_____

匯款帳號：_____

帳戶封面影本
(需有戶名及帳號)

中華民國_____年_____月_____日

附表三

支出機關分攤表

年 月 日

單位：新臺幣元

所屬年度月份：		年度	月份	總金額：	
分攤機關名稱		分攤基準		分攤金額	
直轄市、縣(市)政府					
內政部					
000 先生					
合 計					

附註：

1. 本表由承辦單位人員依據相關支出機關分攤支付款項填列。
2. 機關在不牴觸本要點規定前提下，得依其業務特性及實際需要，酌予調整本表格式(如增列核章欄位等)。