

高雄市政府社會局

身心障礙者輔助器具補助-(限居家使用者)申請切結書

105 年 12 月 7 日高市社障福字第 10540528900 號函製訂

一、本人申請☐移位滑墊☐站立架或傾斜床☐氣墊床☐居家用照顧床☐升降桌☐居家用生活輔具，因_____（請填寫原因），於申請時仍暫住於☐醫院（醫院名稱：_____）☐機構（機構名稱：_____）☐其他_____，

預計將於____年____月____日返家，所申請之生活輔具亦將確實於返家之日起居家使用。

二、依據 101 年 7 月 11 日施行「身心障礙者輔具費用補助基準

表」之規定，上述生活輔具補助限居家使用者申請。本人瞭解前述之規定，所稱事項與提供之資料皆屬實，如有虛偽，除繳回溢領款項外，本人及受託人願負一切法律責任。

此致

高雄市政府社會局

委託人(身心障礙者)：_____

身分證字號：

戶籍地址：

聯絡電話：

法定代理人(家屬或親友)：_____

身份證字號：□□□□□□□□□□

與委託人關係：

戶籍地址：

聯絡電話：

受託代辦人：_____

身分證字號：□□□□□□□□□□

單位/負責員：

聯絡地址：

聯絡電話：

中華民國 年 月 日