

衛生局 審核	<input type="checkbox"/> 核定補助 輔具名稱：(一) (二)			
	使用年限：(一) (二)			
	<input type="checkbox"/> 符合低收入戶補助金額	萬 仟 佰 拾 元整		
	<input type="checkbox"/> 符合中低收入戶補助金額	萬 仟 佰 拾 元整		
	<input type="checkbox"/> 符合非(中)低收入戶補助金額	萬 仟 佰 拾 元整		
	<input type="checkbox"/> 不符合補助，原因：_____			
<input type="checkbox"/> 其他，原因：_____				
承辦人員：		複審：	單位主管：	
審核日期：		年	月	日

文件黏貼處

申請人國民身份證影本
正面黏貼處

申請人國民身份證影本
背面黏貼處

申請人身心障礙手冊(證明)影本
正面黏貼處

申請人身心障礙手冊(證明)影本
背面黏貼處

受委託者國民身份證影本
正面黏貼處

受委託者國民身份證影本
背面黏貼處