

金門縣身心障礙者生活輔具補助核銷申請書

鄉（鎮市區）：

申請日期： 年 月 日

身心障礙者姓名		身分證統一編號		身心障礙類別		身心障礙等級	
出生年月日	年 月 日	申請人簽名或蓋章		與身心障礙者關係			
聯絡電話 行動電話		年 齡	歲 個月		※依實際年齡計算		
戶籍地址	□□□-□□						
聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 □□□-□□						
在學情形	<input type="checkbox"/> 非在學學生 <input type="checkbox"/> 在學學生，檢附學生證影本或在學證明。請勾選（√）						
福利別	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 請勾選（√）						
核定輔具補助項目	輔具名稱	款別	附加功能款別	申請金額	核准金額		
	1.	<input type="checkbox"/> A款 <input type="checkbox"/> B款 <input type="checkbox"/> C款 <input type="checkbox"/> D款 <input type="checkbox"/> E款 <input type="checkbox"/> F款 <input type="checkbox"/> G款	<input type="checkbox"/> A款 <input type="checkbox"/> B款 <input type="checkbox"/> C款				
	2.	<input type="checkbox"/> A款 <input type="checkbox"/> B款 <input type="checkbox"/> C款 <input type="checkbox"/> D款 <input type="checkbox"/> E款 <input type="checkbox"/> F款	<input type="checkbox"/> A款 <input type="checkbox"/> B款 <input type="checkbox"/> C款				
	3.	<input type="checkbox"/> A款 <input type="checkbox"/> B款 <input type="checkbox"/> C款 <input type="checkbox"/> D款 <input type="checkbox"/> E款 <input type="checkbox"/> F款	<input type="checkbox"/> A款 <input type="checkbox"/> B款 <input type="checkbox"/> C款				
	4.	<input type="checkbox"/> A款 <input type="checkbox"/> B款 <input type="checkbox"/> C款 <input type="checkbox"/> D款 <input type="checkbox"/> E款 <input type="checkbox"/> F款	<input type="checkbox"/> A款 <input type="checkbox"/> B款 <input type="checkbox"/> C款				
合計							
申請人金融機構資料	銀行或郵局行(局)號名稱	銀行或郵局行(局)號	銀行或郵局帳號				
初審結果及核章	<input type="checkbox"/> 符合本縣身心障礙者輔具費用補助標準規定核予補助 <input type="checkbox"/> 不符合本縣身心障礙者生活補助器具補助標準規定不予補助						
	承辦人	課長(主任)			機關首長		
複審結果及核章	<input type="checkbox"/> 符合本縣身心障礙者輔具費用補助標準規定核予補助 <input type="checkbox"/> 不符合本縣身心障礙者生活補助器具補助標準規定不予補助						
	承辦人	科長			處長		
備註							