



(填表前請詳閱背面說明)

受理號碼	
------	--

1 申請人姓名	王 ○ 明		2 出生日期	民國 50 年 05 月 10 日								
			3 身分證號	A	1	2	3	4	5	○	○	○
4 申請輔具名稱	彈性衣		5 購買輔具金額	30,000 元								
	矽膠片			8,000 元								
	拐杖			1,000 元								
	膝部支架			3,000 元								
6 聯絡方式	現住址：3 3 0 7 6		電話：(03) 123-○○○○ / 行動電話：0933-123○○○									
	桃園縣 鎮區大同村 路		樓 ○ 段 ○ 巷 弄 ○ 號 室									
7 受傷日期或診斷為職業病日期		97年04月15日		8 受傷原因或罹患職業病原因		工作中發生氣爆受傷						
9 帳戶類別	-----浮貼申請人在金融機構存簿封面影本-----											
	※匯入申請人在郵局或金融機構之帳戶 (下列(1)或(2)任選一種)											
(1) 金融機構存簿 (B) 金融機構名稱：中國信託商業銀行(庫局) 桃園分行(支庫局)												
總代號		分支代號		金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)								
8 2 2		0 2 7 7		帳號 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ○ ○ ○								
(2) 郵政存簿儲金 (H) 局號： 帳號： -												
10 申請人發生職災事故當時無參加勞保，請填寫本欄												
受僱單位名稱： (請填寫全銜)												
地 址： 電話：												
雇 主 (負責人) 姓 名： 身分證號：												
住 址： 電話：												
11 聲 明 書												
茲聲明本人無向各地縣市政府社會局(處)或其他政府機關申請上述補助器具之補助，若有不實情事，立書人除應繳還已領之補助金額外，並願負一切法律責任。												
此致												
行政院勞工委員會勞工保險局												
申請人：王○明 (簽名並蓋章)												
(申請人如為禁治產人時，應由監護人簽章)												
申請日期：97年05月05日												



*申請時應據實填寫，如有虛假之偽造、詐欺行為者，將移送司法機關辦理。

請領職業災害勞工器具補助說明：

一、請領資格：

勞工因職業傷害或罹患職業疾病，致身體遺存障害，經醫師診斷或其他專業人員評估必須使用輔助器具，且未依其他法令規定領取相同輔助器具類別之補助者。

二、補助標準：

- (一) 依照職業災害勞工輔助器具補助標準表規定之器具類別及補助金額。
- (二) 除人工電子耳、點字觸摸顯示器及桌上型擴視機外，每年以補助 4 項輔具為限，補助總金額每年以新台幣 6 萬元為限。
- (三) 經本局核定補助裝配輔助器具者，於超過最低使用年限後，經醫師診斷仍有使用必要時得就同一項目再提出申請。

三、應備書件：

- (一) 器具補助申請書。
- (二) 身心障礙鑑定醫療機構之醫師出具需裝配生活輔助器具或復健輔助器具之文件，或其他專業人員評估必須使用就業輔助器具之證明。
- (三) 前款文件開具日或所載需用器具之日起 6 個月內購買器具之統一發票或收據正本（統一發票或收據開立日早於證明文件開立日時，證明文件內應註明輔具需開始使用日期，且該需用日與統一發票或收據開立日間，不得超過 6 個月）。
- (四) 申請人之郵局或金融機構存摺封面影本。
- (五) 未加入勞工保險之勞工申請本項補助時，應另檢附職業災害相關證明。

四、注意事項：

- (一) 本申請書表索取方式：
 - 1、請洽本局或各地辦事處索取。
 - 2、至本局網站(網址：www.bli.gov.tw)下載。
- (二) 應備書件備齊後，請逕寄本局申請（台北市羅斯福路一段四號），無須委由他人辦理。如有疑義請電洽本局（電話：02-23961266 轉分機 3299）