**高雄市政府社會局**

**身心障礙者輔具費用補助-輪椅座墊切結書**

105年8月15日高市社障福字第10537005900號簽奉核准

□本人(身心障礙者) □代辦人\_\_\_\_\_\_\_\_知悉此次輔具補助項目經輔具資源中心評估人員評估建議使用輪椅座墊\_\_\_款，補助金額\_\_\_\_\_\_\_\_元，最低使用年限為\_\_\_年；且經輔具資源中心評估人員說明，瞭解日後購置之輪椅座墊款式如與社會局核定項目不同時，將影響最後核撥之補助金額及最低使用年限。

影響如範例說明：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 社會局核定款式  補助金額及年限 | 實際購買款式  補助金額及年限 | 最後核撥之補助金額及使用年限 |
| 案例1 | 核定B款輪椅座墊：  補助10,000元，使用年限為2年。 | 實際購買C款輪椅座墊：  補助10,000元，使用年限為2年。 | 補助10,000元，使用年限為2年。 |
| 案例2 | 核定B款輪椅座墊：  補助10,000元，使用年限為2年。 | 實際購買D款輪椅座墊：  補助8,000元，使用年限為5年。 | 補助8,000元，使用年限為5年。 |
| 案例3 | 核定D款輪椅座墊：  補助8,000元，使用年限為5年。 | 實際購買B款輪椅座墊：  補助10,000元，使用年限為2年。 | 補助8,000元，使用年限為5年。 |

此致

高雄市政府社會局

* 申請人(身心障礙者)：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

身分證字號：□□□□□□□□□□

* 受託代辦人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

身分證字號：□□□□□□□□□□

與申請人關係：

聯絡電話：

中華民國 年月日