

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