

輔具購買補助證明

本人（甲方）_____ 茲申請身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助，已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定。

本人確已收到廠商（乙方）_____ 販售之醫療輔具，明細如下，同意將補助款項直接撥付廠商，所填各項資料及所附文件均完全屬實；如經查證有不符規定情事，自願自行負擔購買費用，且如涉及詐欺或其他不正當行為或虛偽之證明請領補助費用者，應負一切法律責任，並返還已支付之補助經費，絕無異議。

購買明細：

編號	醫療輔具名稱	品名	產品型號	產品序號	購買金額	申請補助金額	民眾自費金額
1							
2							
3							
4							

註：購買金額應等於申請補助金額及民眾自費金額之加總。

此 致

桃園市政府衛生局

甲方

申請人簽章：_____ 身分證字號：_____

連絡電話：_____ 手機號碼：_____

戶籍地址：_____ 桃園市 _____

居住地址：_____

代理人簽章：_____ 身分證字號：_____

連絡電話：_____ 手機號碼：_____

聯絡地址：_____

乙方

廠商名稱(大章)：_____ 負責人(小章)：_____

申請日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日