

## 長照輔具服務給付證明

本人\_\_\_\_\_（個案姓名）確已收到\_\_\_\_\_（廠商名稱）販售（或修繕）之輔助器具，明細如下表，本人同意經廠商申報下列輔具給付額度後，自本人長照輔具服務額度中扣除，所請代辦之憑證若經縣市政府查核有不符規定情事，願自行負擔購買費用，且如涉及詐欺或其他不法行為請領給付費用，願負一切法律責任，絕無異議。

購買明細：

單位：元

編號	輔具項目名稱	產品廠牌	產品型號	產品序號	購買金額	申請給付金額	民眾部分負擔
1							
2							
3							
4							
5							
6							

此 致

臺東縣衛生局

申請人簽名或蓋章：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_

受託人簽名或蓋章：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_

受託人與申請人之關係：\_\_\_\_\_

中 華 民 國 年 月 日