

居家無障礙環境改善請款清冊

身障輔具特約廠商核銷表2-1

廠商名稱：

廠商統編：

身心障礙者生活輔具-居家無障礙環境改善

會計年度及月份：_____年_____月

項目	個案姓名：				個案姓名：				個案姓名：			
	施作內容	數量	單價	總額	施作內容	數量	單價	總額	施作內容	數量	單價	總額
門 A 款	<input type="checkbox"/> 改變門片類型				<input type="checkbox"/> 改變門片類型				<input type="checkbox"/> 改變門片類型			
	<input type="checkbox"/> 門檻降低				<input type="checkbox"/> 門檻降低				<input type="checkbox"/> 門檻降低			
	<input type="checkbox"/> 門檻順平				<input type="checkbox"/> 門檻順平				<input type="checkbox"/> 門檻順平			
	<input type="checkbox"/> 門檻剔除				<input type="checkbox"/> 門檻剔除				<input type="checkbox"/> 門檻剔除			
	<input type="checkbox"/> 橫式截水槽				<input type="checkbox"/> 橫式截水槽				<input type="checkbox"/> 橫式截水槽			
門 B 款	<input type="checkbox"/> 門加寬				<input type="checkbox"/> 門加寬				<input type="checkbox"/> 門加寬			
	<input type="checkbox"/> 門加高				<input type="checkbox"/> 門加高				<input type="checkbox"/> 門加高			
	<input type="checkbox"/> 門新增				<input type="checkbox"/> 門新增				<input type="checkbox"/> 門新增			
	<input type="checkbox"/> 調整門位置				<input type="checkbox"/> 調整門位置				<input type="checkbox"/> 調整門位置			
固定式扶手	施作位置/公分數				施作位置/公分數				施作位置/公分數			
	施作位置/公分數				施作位置/公分數				施作位置/公分數			
	施作位置/公分數				施作位置/公分數				施作位置/公分數			
	施作位置/公分數				施作位置/公分數				施作位置/公分數			
可動式扶手												
固定式斜坡道	<input type="checkbox"/> 金屬 <input type="checkbox"/> 泥作， 超過150CM				<input type="checkbox"/> 金屬 <input type="checkbox"/> 泥作，超 過150CM				<input type="checkbox"/> 金屬 <input type="checkbox"/> 泥作，超 過150CM			
非固定式斜坡板 A 款	非輕量化或輕量 化超過30CM				非輕量化或輕量化 超過30CM				非輕量化或輕量化 超過30CM			
非固定式斜坡板 B 款	輕量化、可收 折，超過90CM				輕量化、可收折， 超過90CM				輕量化、可收折， 超過90CM			

非固定式斜坡板 C款(輕量化、可收折， 超過120CM				輕量化、可收折， 超過120CM					輕量化、可收折， 超過120CM			
水龍頭	<input type="checkbox"/> 撥桿式 <input type="checkbox"/> 單閥式 <input type="checkbox"/> 電子感應式				<input type="checkbox"/> 撥桿式 <input type="checkbox"/> 單閥式 <input type="checkbox"/> 電子感應式					<input type="checkbox"/> 撥桿式 <input type="checkbox"/> 單閥式 <input type="checkbox"/> 電子感應式			
防滑措施													
改善浴缸	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 改換 <input type="checkbox"/> 移除				<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 改換 <input type="checkbox"/> 移除					<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 改換 <input type="checkbox"/> 移除			
改善洗臉台(槽)	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 改換 <input type="checkbox"/> 移除				<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 改換 <input type="checkbox"/> 移除					<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 改換 <input type="checkbox"/> 移除			
改善馬桶	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 改換 <input type="checkbox"/> 移除				<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 改換 <input type="checkbox"/> 移除					<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 改換 <input type="checkbox"/> 移除			
改善流理台	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 改換				<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 改換					<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 改換			
改善抽油煙機	位置調整				位置調整					位置調整			
架高式和式地板 拆除													
隔間	牆面_____平 方公尺				牆面_____平 方公尺					牆面_____平 方公尺			
反光貼條或消光 處理													
壁掛式淋浴椅 (床)													
特殊簡易洗槽													
特殊簡易浴槽													
總金額合計													
廠商用印													

輔具購買補助證明

本人_____（個案姓名）確已收到_____（廠商名稱）販售之輔助器具（含居家無障礙設施改善），明細如下，所請代辦之憑證若經政府查核有不符規定情事，自願自行負擔購買費用，且如涉及詐欺或其他不法行為請領補助費用，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	申請補助金額	民眾自費金額
1							
2							
3							
4							
5							
6							

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

高雄市政府

申請人簽章：_____

身分證字號：

聯絡電話：

戶籍地址：

受託人簽章：_____

身分證字號：

受託人與申請人之關係：

受託人應以申請人親屬、村里長、公益團體或機構為原則。

中 華 民 國 年 月 日

輔具或居家無障礙環境改善照片

身障輔具特約廠商核銷表表5

申請人姓名：

購買項目：

*請檢附兩張照片：黑白或彩色均可，但務必清楚。

1. 輔具類：每項輔具拍攝一張個案使用照片；另一張拍攝輔具產品序號之特寫。
2. 居家無障礙環境改善工程：改善前照片得以本府所附「輔具評估報告書」代替，請自行拍攝改善後照片。

***免評估項目無須檢附個案使用照片。**

照片(1)

(個案使用照片/居家無障礙環境改善後)

照片(2)

(輔具產品序號特寫/居家無障礙環境改善後)

輔具及居家無障礙環境改善工程保固書

- *與廠商保固切結書擇一使用。
- *保固書內容請務必詳細填寫輔具產品廠牌、型號及序號，如為醫療器材應詳載醫材登記字號。
- *請張貼保固書影本，正本請由申請人收執。

保固書1黏貼處(請浮貼)

保固書2黏貼處(請浮貼)

保固書3黏貼處(請浮貼)

保固書4黏貼處(請浮貼)

保固書5黏貼處(請浮貼)

廠商保固切結書

立切結廠商_____ (公司、行、號)確實於____年____月____日

販售身心障礙者輔具施作居家無障礙環境改善工程予_____君，正確無訛，如有不實，願負一切法律責任。同時，所銷售輔具符合高雄市政府核定之項目及規格與功能規範規定，經驗測若有不符，願配合改善或更換。

輔具名稱：

廠牌：_____ 型號：_____ 序號：_____ (居家無障礙環境改善無則免填)

配件：_____ (無則免填)

保固期：____年____月____日至____年____月____日 有保養修復之責

醫療器材查驗登記字號：

售出價款計新臺幣：_____萬_____仟_____佰_____拾_____元整

此致

高雄市政府

售出單位(公司行號)：_____ (請蓋章)

負責人：_____ (請蓋章)

營利事業統一編號：

營業所地址：

電話號碼：

(上表請填具詳細完整)

中華民國_____年_____月_____日

*本表與保固書擇一提供核銷使用，正本請交由申請人收執，廠商以影本核銷。