



## 社團法人中華民國肌萎縮症病友協會

### 肌萎縮症輔具補助 申請方式說明

一、適用對象：須為**本會會員**，並以家境清寒會員病友家庭為優先。

(每名會員病友壹年限申請乙次)

二、補助項目：

(1)**購置**輔具之費用

(2)**修繕**輔具之費用

注意：購買或修繕**前後**，皆受理申請，但檢附的憑證日期須在**六個月內**。

三、補助額度：最高補助購置金額之五成，且補助總金額上限為壹萬元。

四、申請方式：填寫「肌萎縮症輔具補助申請表」，檢附相關所需文件後，以郵寄或親送放式至各區辦事處。

1.檢附文件如下：

(1)「肌萎縮症輔具補助」申請表

(2)身心障礙證明/手冊正反面影本

(3)低、中低證明影本(無則免)

(4)社會局、其他單位核定補助文件(無則免)

(5)購買或付費憑證正本(若提供影本，需說明原因)

(6)購置或修繕之前後照片

(7)其他必要相關文件

2.審核方式：

由社工、當區主管及秘書長評估與審核後，以書面通知申請審查結果。

3.排序原則：

當年度申請通過案件若遇經費用罄，則順延至下年度撥款補助。

補助撥款順序以收件日期為優先順序，相關核銷文件，仍須依期程與規定辦理。

五、詳細內容說明，請詳閱「肌萎縮症病友輔具補助辦法」

六、發放之補助金，本會依所得稅法開立免填發之扣繳憑單，列入個人所得申報(所得類別「其他所得」)。



社團法人中華民國肌萎縮症病友協會

肌萎縮症輔具補助 申請表

編號(免填): 日期: 年 月 日

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                                                                                   |                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 病友姓名                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            | 性別                                                                                | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 身分證字號                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            | 出生年月日                                                                             | 民國 年 月 日                                              |
| 障礙程度                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            | 連絡電話                                                                              |                                                       |
| 通訊地址                                                                          | □□□                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                                                                                   |                                                       |
| 申請人                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 關係         |                                                                                   | 連絡電話                                                  |
| 會員資格                                                                          | <input type="checkbox"/> 會員 ( <input type="checkbox"/> 繳費正常 <input type="checkbox"/> 已連續兩年未繳) <input type="checkbox"/> 非會員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |                                                                                   |                                                       |
| 申請類別                                                                          | <input type="checkbox"/> 購置 <input type="checkbox"/> 維修 輔具之 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 提出申請。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                                                                                   |                                                       |
| 申請輔具項目                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                                                                                   |                                                       |
| 申請輔具金額                                                                        | *(如尚未購置, 請填寫報價金額)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                                                                                   |                                                       |
| 其他補助情況                                                                        | <input type="checkbox"/> 有, 政府單位: _____, 補助: _____元;<br>民間單位: _____, 補助: _____元<br><input type="checkbox"/> 無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |            |                                                                                   |                                                       |
| 應附文件                                                                          | (1) <input type="checkbox"/> 申請表<br>(2) <input type="checkbox"/> 身障手冊正反面影本<br>(3) <input type="checkbox"/> 低、中低證明影本(無則免)<br>(4) <input type="checkbox"/> 社會局、其他單位核定補助文件: 份<br>(5) <input type="checkbox"/> 購買或付費憑證正本(抬頭以病友為先, 須六個月內為期限) 或<br><input type="checkbox"/> 購買或付費憑證影本, 請務必說明原因: _____。<br>(6) <input type="checkbox"/> 購置或維修或改善前後照片( <input type="checkbox"/> 電子檔 <input type="checkbox"/> 紙本)<br>(7) <input type="checkbox"/> 存摺封面影本(郵局為先, 帳號、戶名與銀行分行清晰可辨)<br>(8) <input type="checkbox"/> 本會領據<br>(9) <input type="checkbox"/> 其他必要證明文件: |            |                                                                                   |                                                       |
| 照片公開意願                                                                        | <input type="checkbox"/> 願意接受照片公開 <input type="checkbox"/> 願意接受照片後製(馬賽克)公開(未勾選, 則視為不同意)<br><small>*照片運用說明: 放置於會刊、官方網站等, 推廣社會大眾認識本會及瞭解輔具使用之重要性等公益用途</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |                                                                                   |                                                       |
| ※發放之補助金, 本會依所得稅法開立免填發之扣繳憑單, 列入個人所得申報(所得類別「其他所得」)。                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                                                                                   |                                                       |
| <b>*以下欄位由工作人員填寫</b>                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                                                                                   |                                                       |
| <b>◇評估建議:</b> (填寫注意1.申請輔具項目、總額、其他單位補助情形(單位及金額)、自付金額、申請本會補助金額等。2.無法提供憑證正本原因說明) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                                                                                   |                                                       |
| 初審<br>(申請)                                                                    | 社工/承辦:<br><input type="checkbox"/> 通過, 核定金額:<br><input type="checkbox"/> 不通過, 原因:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            | 主任/督導:<br><input type="checkbox"/> 通過, 核定金額:<br><input type="checkbox"/> 不通過, 原因: |                                                       |
| 複審<br>(核銷)                                                                    | 社工/承辦:<br><input type="checkbox"/> 核銷金額:<br><input type="checkbox"/> 其他說明:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            | 主任/督導:<br><input type="checkbox"/> 同意核銷金額<br><input type="checkbox"/> 其他說明:       |                                                       |
| 秘書長:                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 會計:<br>社工: |                                                                                   |                                                       |





社團法人中華民國肌萎縮症病友協會

**應附文件黏貼表**

浮貼【身障手冊/證明】正面影本

浮貼【身障手冊/證明】反面影本

浮貼【存摺封面】影本

(以郵局為佳，帳號、戶名、銀行及分行名稱，請清晰可辨)



**應附文件黏貼表**

**浮貼【購買或付費憑證】**

無法提供正本說明：\_\_\_\_\_

**浮貼【照片】 病友及輔具需同框在照片內**

\*請注意，病友及輔具需同框在照片內