

臺中市_____區低收入戶老人補助配戴助聽器申請表

申請日期：_____年_____月_____日

申請人姓名		申請人簽章	
出生日期		身分證字號	
聯絡電話	(H) _____	(手機) _____	
戶籍地址	區 _____ 里 _____ 鄰 _____ 路(街) _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓		
通訊地址			
應備文件	☐ 1.申請表。 ☐ 2.身分證正、反面影本。 ☐ 3.健保合約醫療院所開立六個月內之診斷證明書及聽力圖正本。 ☐ 4.身心障礙證明第2類【b230】、【s260】或【02】(聽覺機能障礙者)。 註： 1.低收入戶老人領有身心障礙證明第二類者，免附診斷證明書及聽力圖。 2.原住民需另附註記有原住民身分之戶籍謄本或戶口名簿影本。		
切結書	☐ 1. 同一耳位四年內未領有本計畫助聽器補助。 ☐ 2. 同一耳位四年內未領有身心障礙者輔具助聽器補助。 本人確實未有上述之事項，若有虛偽不實申請補助或重複申請者，本人願負法律責任，並繳回全部補助款，特此具結。 本人(受託人)簽章：_____ (蓋章處) 申請及切結日期：_____年_____月_____日		
代理申請委託(授權)書			
委託人(即申請人)：_____【簽章】已瞭解並將申請本補助相關事宜委託(授權)受委託人：_____【簽章】(關係：_____)代為申請，如有糾紛，概由委託人與受委託人自行議處；如有因虛報不實經查獲者，雙方並負相關法律責任。 備註： 一、由親屬、村里幹事、村里鄰長、機構或團體服務人員代辦者，需填寫本委託書並出示受託人身分證及足資證明與委託人關係之證明供查。 二、未帶印章者，可改以簽名代替。			
公所核章 ☐ 前述文件已備齊 ☐ 核對符合低收資格	承辦人	課長	區長
審核結果(社會局填寫)			
☐ 符合。 ☐ 不符合，原因：_____			
承辦人	股長	督導	科長