基隆市＿＿＿＿區身心障礙者輔助器具補助
限居家使用 切結書

身心障礙者 ＿＿＿＿＿＿委託＿＿＿＿＿＿＿＿申請以下勾選項目之費用補助申請以下勾選項目之費用補助

□移位腰帶 □移位轉盤 □移位板 □移位滑布 □人力移位吊帶
□躺式移位滑墊 □移位機吊帶 □移位機-電動型 □移位機-人力型
□直立式站立架 □前趴式站立架 □升降桌 □居家無障礙設施
□衣著用輔具 □飲食用輔具 □居家用輔具 □物品裝置與處理輔具
□藥品處理輔具 □居家用照顧床
□居家用照顧床附加功能-床板靠背段及腿段獨立抬升功能（電動調整）
□居家用照顧床附加功能-床板高度調整功能(手動調整)
□居家用照顧床附加功能-床板高度調整功能(電動調整)
□居家用照顧床附加功能-床板高度調整功能(高升降行程電動調整)
□氣墊床-基礎型 □氣墊床-進階型
□後仰式站立架或傾斜床-手動調整型 □後仰式站立架或傾斜床-電動調整型

因所申請之輔具項目僅限於居家使用，如有於居家以外地點使用之情事發生，願繳回已領之款項並移送司法機關辦理，特立此切結書為憑。此致

基隆市＿＿＿＿＿＿區公所

委託人(身心障礙者)：　　身分證字號：

戶籍地址：　　聯絡電話：

受託代辦人：　　身份證字號：

與委託人關係：　　聯絡電話：

戶籍地址：

中華民國　　年　　月　　日

基隆市＿＿＿＿區身心障礙者輔助器具補助
限居家使用 切結書

身心障礙者 ＿＿＿＿＿＿委託＿＿＿＿＿＿＿＿申請以下勾選項目之費用補助申請以下勾選項目之費用補助

□電動拍痰機 □UPS 不斷電系統 □咳嗽(痰)機 □化痰機(噴霧器)

□氧氣製造機 □血氧偵測儀 □抽痰機(蓄電式/非蓄電式)

□單相陽壓呼吸輔助器(C-PAP) □雙相陽壓呼吸輔助器(Bi-PAP)

因所申請之輔具項目僅限於居家使用，如有於居家以外地點使用之情事發生，願繳回已領之款項並移送司法機關辦理，特立此切結書為憑。此致

基隆市＿＿＿＿＿＿區公所

委託人(身心障礙者)：　　身分證字號：

戶籍地址：　　聯絡電話：

受託代辦人：　　身份證字號：

與委託人關係：　　聯絡電話：

戶籍地址：

中華民國　　年　　月　　日