

切 結 書

(申3)

申請人_____ (身心障礙者)申請身心障礙者醫療輔具_____，
確實最近一年居住臺灣超過183天，且在(輔具使用地址)_____
居家使用，非在醫院或養護機構使用，經查有不實情形，本人願負一切法律責任，繳回所有
補助金而無異議。

此致

臺南市政府衛生局

立書人簽名：

蓋章：

身分證字號：

與身障者關係：

聯絡電話：

聯絡住址：

中 華 民 國 年 月 日

*醫療輔具限居家使用，需於家屬家中使用者。