臺中市身心障礙者輔具費用補助
核銷疑義案追蹤訪視轉介單

105.09.14 訂定

申請轉介單位：_____區公所	轉介日期：　年　月　日
聯絡電話：(04)	傳真號碼：(04)
一、轉介個案資料	
姓名：	身分證字號：
聯絡地址：	聯絡電話：
緊急事件聯絡人：	與個案之關係：
二、需追蹤訪視情形(請依實際情形勾選，可複選)	
1.□發票/收據與保固書不一致，需確認實品。 2.□購買品項與核定函不符，需確認是否適用。	
3.□申請氣墊床，需確認是否居家使用。 4.□其他_____（請詳述）	
三、附送資料(請先備齊資料再一併傳送)	
1. □ 診斷書、評估報告書　2. □ 收據　3. □ 保固書　4. □ 其他_____	
四、疑義輔具項目	
1. 項目：_____	2. 廠牌：_____
3. 型號：_____	4. 序號：_____
五、受理轉介單位	
1. □ 南區輔具資源中心　2. □ 北區輔具資源中心　3. □ 海線輔具資源中心	

個案轉介回條

接案日期	年　月　日	訪視日期	年　月　日
一、購置之輔具規格是否與保固書一致：□ 符合【回復公所並副知社會局】。 □ 不符合【回復公所並副知社會局】。 二、購買品項與核定函不符，是否適用：□ 適用：_____ _____ □ 不適用：_____ _____ 【請公所洽請廠商更換為符合需求之輔具後再轉介本中心複評，必要時由廠商聯繫本中心】 三、申請氣墊床，是否為居家使用：□ 是。 □ 否【建議公所不予補助】。 四、其他_____			
訪視人員核章		單位主管核章	