

切 結 書

申請人姓名_____確實於民國____年____月
____日向_____（公司廠商或醫院名）

購置失能老人輔具_____（輔
具或居家無障礙改善設施設備名稱）屬實，並依規定之最低使
用年限內隨時接受補助單位查核，如有不實，願負一切法律責
任。

失能老人，姓名：_____（簽章）
立書人

委託監護人或同一戶籍家屬：_____（簽章）

失能老人身分證編號：_____

戶籍地址：新北市_____區_____鄰_____路（街）
段_____巷_____弄_____號_____樓

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日