

金門縣政府社會處辦理失能老人收容安置補助申請表

(申請日期： 年 月 日)

需要服務者基本資料	名 姓		身分證 字號		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	出 生 年 月 日	民國 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後	年 月 日	通 訊 電 話		
	戶 籍 地 址	金門縣 _____ 區 _____ 里 _____ 鄰 _____ 路/街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓				
	通 訊 地 址	_____ 縣/市 _____ 市/鄉/鎮 _____ 區 _____ 村/里 _____ 鄰 _____ 路/街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓				
主要聯絡人資料	姓		身分證字 號			
	通 訊 電 話：	家：	辦公室：	手機：		
	與需 之關係或 身分		通 訊 地 址	_____ 縣/市 _____ 市/鄉/鎮 _____ 村/里 _____ 鄰 _____ 路/街 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓		
受委託人基本資料	茲因 <input type="checkbox"/> 行動不便 <input type="checkbox"/> 路途遙遠 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 確實無法親自申請， 特委 _____ 君代為申請長期照顧服					
	受 人姓		身分證 字號			
	與委 人之關 係		主 絡			
住 機 構 資 料	機 構 全 銜		機 構 電 話		最 近 一 年 度 評 鑑 等 級	
	機 構 地 址	_____ 市 _____ 區 _____ 里 _____ 鄰 _____ 路/街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓				
分 身	<input type="checkbox"/> 低收入					
應 備 文 件	<input type="checkbox"/> 申請表。 <input type="checkbox"/> 當年度低收入 <input type="checkbox"/> 機構 _____ (已 _____)。 <input type="checkbox"/> 委 _____ (委 _____)。 <input type="checkbox"/> 失能評估表正本 中心) (申請人毋須檢附)。					

領有院外就養金請務

<p>助金額 失能評估等級／補 辦人員勾選 (本項由本處承)</p>	<p><input type="checkbox"/> 本機構 24,000 元(非本 22,000 元)。 <input type="checkbox"/> 符合本 22,000 元。 <input type="checkbox"/> 本 22,000 元。 <input type="checkbox"/> 符合本 22,000 元。</p>
<p>填表須知及注意事項</p>	<p>1. 申請者 2. 冊列低收入 已 領取任何補助或津貼；且不支應 3. 申請本 異動後 2 週內主 (電話:082-318823)。 4. 低收入 格者 1 日前仍未進住 際進住 機構 準，惟不得領取該月相關福利津貼。</p>
<p>備註</p>	

* 最後煩請您再詳細檢視上述所填 是否完全屬實；如經查證以詐欺或其他不正當
行為或虛偽之證明申請補助費用者 負一切法律責任，並返還已 付之服 經
費。

申請人(或受 簽名 _____