

金門縣身心障礙者日間照顧及住宿式照顧自行負擔費用補助申請表

申請人姓名		身分證統一編號		出生年月日	
申請人身分	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶		申請人障別	障(類) 度	
戶籍地址					
居住地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址; <input type="checkbox"/> _____				
公文送達處所 (代理人/申請人收文地)	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址; <input type="checkbox"/> 同居住地址; <input type="checkbox"/> 就業處所地址 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____				
聯絡電話	(日) _____		(夜) _____		(手機) _____
其他資格 (請主動勾選)	<input type="checkbox"/> 身障者年滿30歲以上 <input type="checkbox"/> 身障者年滿20歲且父母一方年逾65歲 <input type="checkbox"/> 家庭中人口有2名以上身障者 (姓名: _____ 身分證統一編號: _____ 關係: _____)				
入住機構名稱 (全銜):				<input type="checkbox"/> 日間式 <input type="checkbox"/> 住宿式	
機構類型	<input type="checkbox"/> 社會福利機構 <input type="checkbox"/> 長期照顧機構 <input type="checkbox"/> 護理之家 <input type="checkbox"/> 精神復健機構		進住(就托) 日期	年 月 日	
代理人姓名		身分證統一編號		出生年月日	與申請人關係
應備文件 (請勾選確認, 文件以A4紙張列印不須裁剪)	<input type="checkbox"/> 1. 本人國民身分證影本。 <input type="checkbox"/> 2. 身心障礙(手冊)證明文件影本。 <input type="checkbox"/> 3. 機構入住合約書影本1份。 <input type="checkbox"/> 4. 於 <u>護理之家</u> (含屬老人長期照顧機構之長期照護型) 接受服務者請檢附醫師診斷證明書正本 (註記插有氣切、鼻胃、導尿管之一)。 <u>無管路處置者免附。</u> <input type="checkbox"/> 5. 於 <u>臺省精神復健機構(康復之家)</u> 附醫師轉介單。 <input type="checkbox"/> 6. 擇定入住之機構經各級主管機關最近一年評鑑或考核合格之相關證明文件。 <input type="checkbox"/> 7. 其他證明文件 (如學生證、低收入戶證明等影本)。				
【注意事項】					
<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>務請確實填寫申請表所列各欄位, 所檢附資料僅用於本補助審查作業, 本府將依個人資料保護法妥善管理。</u> 2. <u>依身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助辦法相關規定, 申請人應設籍於金門縣, 並持有本縣核(換)發或註記之身心障礙手冊(或證明), 且建議於<u>確認進住之機構</u>後再提出申請。</u> 3. <u>本補助以提出申請且備齊文件當日(受理申請日)為補助起始日期。</u> 4. <u>申請人應為本人, 本人無法申請時由其法定代理人、戶長或家屬代為申請, 機構相關人員不得擔任代理人。</u> 5. <u>本人(代理人)同意本府得查調相關戶籍、最近年度財稅等資料審核, 並得寄送相關福利資訊或簡章。</u> 6. <u>本人(代理人)所填資料及所附文件均為真實無誤, 並已詳閱本表且確實填寫, 如有不實, 除停止本補助外, 已撥付之款項應全數繳回, 如涉及不法者, 依法辦理。</u> 7. <u>洽辦窗口: 本縣各鄉、鎮公所。</u> <p>※請詳閱以上注意事項後, 於下方簽名確認</p> <p style="margin-top: 20px;">本人(代理人): _____ (簽名蓋章)</p> <p>※未成年之申請人, 請由父母、監護人擔任代理人。</p>					

公所收件日期： 年 月 日		文件齊全日期： 年 月 日		
補助額度	依「 <u>身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助辦法</u> 」核定補助標準日間照顧或住宿式照顧費用總額： 申請中央補助金額：新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整。 中央補助比例： 應自行負擔金額：新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整。 自行負擔比例：			
	依本補助要點申請應自行負擔費用補助金額 ※新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整。			
初審單位	調查員	承辦人	課長	鄉鎮長
複審單位	複查員	承辦人	科長	處長

◎本項補助須審查家戶人口如下，請詳實填寫：