|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **金門縣性侵害被害人補助 申請表**    申請日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| **申 請 人 姓 名** | | | | **出 生 年 月 日** | | | | **身分證字號或居留證號碼** | | | **聯 絡 電 話** | | |
|  | | | |  | | | |  | | |  | | |
| **出生國籍**：□本國非原住民 □本國原住民 □中國 □越南 □泰國 □印尼  □柬埔寨 □菲律賓 □緬甸 □其他 | | | | | | | | | | | | | |
| **案件類別**：□性侵害案件  □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | |
| **戶籍地址**： | | | | | | | | | | | | | |
| **居住地址**： | | | | | | | | | | | | | |
| 代理人姓名 | | | 與申請人關係 | | | 身分證字號 | | | 聯絡住址 | | | | 聯 絡 電 話 |
|  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
| **※申請補助項目：**（須於各項補助申請期限內提出） | | | | | | | | | | | | | |
| **1.醫療費用**  □掛號費 □驗傷診斷書 □部分負擔費用 □其他特殊事項： | | | | | | | | | | | | | |
| **2.心理復健費用**  □個別晤談費（最高補助48小時） 申請補助 小時，每小時1,200元，共計 元  □夫妻或家族晤談費（最高補助24小時） 申請補助 小時，每小時1,600元，共計 元  □團體治療輔導費（最高補助36小時） 申請補助 小時，每小時1,600元，共計 元 | | | | | | | | | | | | | |
| **3.□房屋租金費用** 每月補助 元，加計人口 人 元  擬申請補助 個月，共計 元整 | | | | | | | | | | | | | |
| **4.□其他 補助費用，說明：** | | | | | | | | | | | | | |
| **※相關福利服務事項：** ◎被害人是否曾接受下列扶助  **□否 □是：** □房屋租金 月 □心理復健費 時 □醫療費 | | | | | | | | | | | | | |
| **附件** | □領據正本 □性侵害案件通報表 □房屋租賃契約 □診斷證明書影本  □戶口名簿影本 □心理治療紀錄摘要表 □醫療院所收據正本 □社工員評估報告  □醫療明細表 | | | | | | | | | | | | |
| **切結：**被害人確屬經濟困難，以上所填資料屬實，如有不實，願負法律責任。  申請人： （簽名） | | | | | | | | | | | | | |
| **審**  **核**  **結**  **果** | | □符合補助，共計 元整  □不符合補助 | | | | | | | | | | | |
| **社工** | | | **督導** | | **科長** | | | **副處長** | | **處長** | |
|  | | |  | |  | | |  | |  | |