|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請人姓名  **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** | |  | | 身分證統一編號 | | |  | | | | 出生年月日 | | | |  | |
| 申請人身分 | | **□**低收入戶 **□**中低收入戶 **□**一般戶 | | | | | 申請人障別 | | | | 障(類) 度 | | | | | |
| 戶籍地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 居住地址 | | * 同戶籍地址; * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |
| 公文送達處所(代理人/申請人收文地) | | * 同戶籍地址；**□**同居住地址；**□**就業處所地址\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * 其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |
| 聯絡電話 | | (日) (夜) (手機) | | | | | | | | | | | | | | |
| **其他資格**  **（請主動勾選）** | | * **身障者年滿30歲以上 □身障者年滿20歲且父母一方年逾65歲** * **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）： | |  | | | | | | | | | | **□** 日間式 **□** 住宿式 | | | | |
| 機構類型 | | * 社會福利機構 □長期照顧機構 * 護理之家 □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）** | | □1.本人國民身分證影本。  □2.身心障礙(手冊)證明文件影本。  □3.機構入住合約書影本1份。  □4.於**護理之家**（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、導尿三管之ㄧ）。無管路處置**者**免附。  □5.於**臺省精神復健機構（康復之家）**附醫師轉介單。  □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**。  □7.其他證明文件（如學生證、低收入戶證明等影本）。 | | | | | | | | | | | | | | |
| **【注意事項】**   1. **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。** 2. **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），且建議於確認進住之機構後再提出申請。** 3. **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。** 4. **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。** 5. **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。** 6. **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。** 7. **洽辦窗口：本縣各鄉、鎮公所。**   **※請詳閱以上注意事項後，於下方簽名確認**  **本人（代理人）：** （簽名蓋章）  **※未成年之申請人，請由父母、監護人擔任代理人。** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **公所收件日期： 年 月 日** | | | | | | | | **文件齊全日期： 年 月 日** | | | | | | | | |
| **補助額度** | 依「身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助辦法」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 | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.**配偶。**  2.**一親等之直系血親**(父母、子女)。  3.同一戶籍或共同生活之**其他直系血親**(如孫子女、外孫子女等)。  4.認列綜合所得稅扶養親屬免稅額之**納稅義務人**。  5.兄弟姊妹列計資格：同一戶籍或共同生活未滿16歲者，因身心障礙者致不能工作者，或16歲以上25歲以下仍在國內就學者(非屬空中大學、大學院校以上進修學校、在職班、學分班、僅於夜間或假日上課、遠距教學之學校者)（本項須檢附學生證影本或身障證明影本）。 | | | |
| 稱謂 | 姓名 | 身分證統一編號 | 備註  (如往生、遷出國外、扶養義務人等) |
| 配偶(範例) | 張小明(範例) |  |  |
| 長子(範例) |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**◎本項補助須審查家戶人口如下，請詳實填寫：**