|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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：**