

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	☐ 男 ☐ 女
	出 生 年月日	民國	☐ 前 ☐ 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	姓名：			身分證字 號				
	通 訊 電 話：	家：	辦公室：		手機：			
	與需要者 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 ☐ 行動不便 ☐ 路途遙遠 ☐ 其他 _____ 確實無法親自申請， 特委託 _____ 君代為申請長期照顧服務補助							
	受委託 人姓名			身分證 字號				
	與委託 人之關 係			主要聯 絡電話				
	戶籍 地址	_____ 縣／市 _____ 市／鄉／鎮 _____ 區 _____ 村／里 _____ 鄰 _____ 路／街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓						
住機構資料 已入住或欲入	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	☐ 低收入戶 ☐ 中低收入戶							
應備文件	☐ 申請表。 ☐ 當年度低收入戶或中低收入證明書。 ☐ 機構入住合約書影本及繳款證明(已先行入住機構者應檢附)。 ☐ 委託書(委託他人辦理應檢附)。 ☐ 失能評估表正本，由本縣長期照顧管理中心評估後提供(以下簡稱長照中心)(申請人毋須檢附)。							

☐ 領有院外就養金請務必勾選	
助金額 失能評估等級／補 辦人員勾選 (本項由本處承)	☐ 本縣列冊低收入戶且具重度失能者補助金額新台幣 24,000 元(非本縣機構補助金額新台幣 22,000 元)。 ☐ 符合本縣中低收入資格且具重度失能者補助金額新台幣 22,000 元。 ☐ 本縣列冊低收入戶且具中度失能者補助金額新台幣 22,000 元。 ☐ 符合本縣中低收入老人且具中度失能者補助金額新台幣 22,000 元。
填表須知及注意事項	1. 申請者可檢附相關資料逕向當地社會處辦理。 2. 冊列低收入戶中、重度以上失能已獲機構安置補助之長者，不得重複領取任何補助或津貼；且不支應耗材及雜支。 3. 申請本補助獲准後，安置期間申請人若有異動情形，安置機構請於異動後 2 週內主動告知社會處(電話:082-318823)。 4. 低收入戶自核定日起開始補助，領取本縣中低收入老人生活津貼資格者，自核准後次月開始補助，次月 1 日前仍未進住者，則依實際進住機構之日為補助基準，惟不得領取該月相關福利津貼。
備註	

* 最後煩請您再詳細檢視上述所填之資料是否完全屬實；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，應負一切法律責任，並返還已支付之服務補助經費。

申請人（或受委託人）簽名：_____