**金門縣紙尿褲看護墊補助申請表**

申請日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 使用者  姓名 | |  | | 申請者  身分 | □身心障礙者  □失能老人 | | 身分證字號 | |  |
| 出生年月日 | |  |
| 障礙類別/失能等級 | |  | | 代申請人  姓名 |  | | 與使用者  關係 | |  |
| 戶籍地址 | |  | | | | | 聯絡電話 | |  |
| 申請項目 | □擇一項目 □搭配項目 | | | | | | | | |  |
| □紙尿褲（片型） □成人：□S □M □L □XL  □小孩：□S □M □L □XL □XXL □XXXL  □紙尿褲（穿脫式）□成人： □M □L □XL  □看護墊 □M □L  □紙尿片 □成人：50cm\*20cm | | | | | | | | |
| 申請數量：紙尿褲（片型）＿＿＿片、紙尿褲（穿脫式）＿＿＿、紙尿片:\_\_\_\_\_、看護墊:\_\_\_\_\_\_片。 | | | | | | | | | |
| ※擇一項目:  1.紙尿褲-成人片型，最高每月補助150片。  2.紙尿褲-小孩片型S-XXL，最高每月補助150片。  3.紙尿褲-小孩片型XXXL，最高每月補助100片。  4.紙尿褲-穿脫式，最高每月補助60片。  5.紙尿片，最高每月補助150片。  6.看護墊，最高每月補助150片。  ※搭配項目:  1.紙尿褲-成人片型、紙尿片或看護墊等三項搭配，最高每月補助150片。  2.紙尿褲-穿脫式：本項最高每月補助30件，，搭配紙尿褲-成人片型或看護墊，最高每月補助60片，  紙尿片最高每月補助80片。  3.紙尿褲-小孩片型XXXL：本項最高每月補助80片，搭配紙尿褲-小孩片型XXL或紙尿褲-成人片型S，  最高每月補助40片。 | | | | | | | | | |
| 應備申請文件   * 申請表。 * 身心障礙證明正反面影本。 * 個人戶口名簿影本。 * 醫院診斷證明需使用者。   □其他相關證明文件 。 | | | | | | | | | |
| 設籍需符合下列各款情形之一。  □至申請日止連續設籍本縣滿十五年者。  □曾設籍本縣且設籍時間累積滿二十年者。  □出生地於本縣，或雖未在本縣出生惟出生登記在本縣，或本要點修正實施前已核定發給有案，不受前項設籍年限之限制。 | | | | | | | | | |
| 送達地址 |  | | | | | | | 聯絡電話 |  |
| 經核：□符合規定。 　　 □不符合規定。 | | | | | | | | | |
| 承辦人員 | | | 課長 | | | 鄉（鎮）長 | | | |
|  | | |  | | |  | | | |