

金門縣政府補助精神疾病患者住院治療期間伙食費申請表

申請日期： 年 月 日

代申請人： (簽章)

使用者姓名		申請者身分	<input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 初次精神疾病發病就診
身分證字號		出生年月日	民國 年 月 日
障礙類別		等級	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度
代申請人姓名		聯絡電話	
與使用者關係	<input type="checkbox"/> 父子(女) <input type="checkbox"/> 母子(女) <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 其他_____		
是否領有津貼	<input type="checkbox"/> 中殘 <input type="checkbox"/> 本殘 <input type="checkbox"/> 國民年金 <input type="checkbox"/> 無	金額	_____元
戶籍地址	金門縣 鎮(鄉) 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓之		
居住地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 縣(市) 鎮(鄉) 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓之		
應備申請文件： <input type="checkbox"/> 申請表。 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊或證明影本(未持有者免附)。 <input type="checkbox"/> 醫療院所開立之診斷證明。 <input type="checkbox"/> 醫療院所開立之伙食費繳款收據。 <input type="checkbox"/> 申請人之郵局存摺封面影本乙份。 <input type="checkbox"/> 申請人印章 <input type="checkbox"/> 領款收據 <input type="checkbox"/> 其他相關證明文件			
經核： <input type="checkbox"/> 符合規定。 <input type="checkbox"/> 不符合規定。			
承辦人員	課長	鄉(鎮)長	