

# 金門縣烈嶼鄉中低收入傷病醫療看護費用申請調查表

調查日期： 年 月 日

申請日期： 年 月 日

壹、戶籍及家庭狀況									
戶 長		戶 籍 地 址			電 話				
申 請 人		金融機構存摺帳號							
號口	稱謂	姓 名	身分證字號	性別	出生	足歲	職業	每月收入	備註
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

貳、居住狀況：是否居住於戶籍地？是，否

參、住宅狀況：

有無不動產1.有，2.無

產權1.自有，2.租賃 每月租金\_\_\_元，3.借住

肆、經濟狀況：請據實填報全國不動產及各類所得狀況，並由鄉鎮公所統一向財稅單位索取資料查證。

一、收入情形			二、受助情形			三、資產狀況		
所得項目	全年所得	每月所得	受 助 來 源		每月金額	不動產種類	面積	現值
薪資所得	如後	如後	勞保老年年金給付		如後	建築用地		
利息所得			慈善單位			房屋建築		
營利所得			低收入戶生活扶助			其他土地		
租賃所得			中低收入戶老人生活津貼			合計		
征屬津貼			老農（漁）敬老福利津貼			動產種類		
榮民就養			本縣敬老福利津貼			存款		
			中低收入戶身心障礙者生活補助			有價證券		
			本縣身心障礙者生活補助					
合計			合計			合計		

以上所載全家人口及收入狀況均屬確實，倘有隱瞞或不實，本人願負偽造文書及冒領公款等法律責任。

申請人：

蓋章

伍、全家總收入分配情況

全家人口數 (A)	人	家庭每月總收入 (D)	元
不計人口數 (B)	人	平均分配金額 (E=D/C)	元
列計人口數 (C=A-B)	人		

陸、審查結果低收入戶中低收入戶所得未達1.5倍(請勾選)

1.符合本縣中低收入戶傷病醫療看護費用補助要點規定，補助醫療費用 \_\_\_\_\_ 元，核算如下：

自行負擔醫療費用 (F)		核算補助金額 (J=I×H)	
不合補助金額 (G)		本年已補助金額 (K)	
符合補助金額 (H=F-G)		本次核定補助金額 (L)	
補助比例 (I)		累計補助金額 (M=K+L)	

2.符合本縣中低收入戶傷病看護費用補助要點規定，補助看護費用 \_\_\_\_\_ 元，核算如下：

補助看護費用標轉每日 (N)		本年已補助金額 (Q)	
看護日數 (O)		核定補助金額 (R)	
核算補助金額 (P=N×O)		累計補助金額 (S=Q+R)	

3.不符合，原因 \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> (1) 家庭總收入平均分配全家人口金額超出標準。					
<input type="checkbox"/> (2) 存款及有價證券超出標準。					
<input type="checkbox"/> (3) 不動產現值超出標準。					
長		果		鄉	
席		長		鎮	
人				長	