

高雄市政府原住民事務委員會

A. 急難救助(含死亡慰助)

B. 醫療補助

申請暨審核表

申請項目	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	申請日期	年 月 日	申請人姓名	
出生日期	年 月 日	性別		身分證字號	
申請人地址				聯絡電話	
代申請人姓名				聯絡電話	
代申請人地址					
急難事由概要					
查訪結果					
擬辦					
核發金額 (救助 / 補助)				承辦單位 聯絡電話 傳真	本會衛生福利組 電話：7995678轉1725 傳真：7406526
承辦人	組長	會計	主任秘書	副主任委員	主任委員

陰影處請填寫清楚，謝謝！

附註：

1、 檢附證件

- 有原住民、族別戳記之戶籍謄本或戶口名簿影本。
- 公私立醫院或診所診斷證明及自費收據。(開具日期二個月內為有效)
- 郵局帳號封面影印本。
- 其他有關證明文件。(清寒證明 / 中低或低收入戶證明 戶內18歲以上人員勞保明細)
- 死亡證明或相關證明。(事實發生後四個月內提出申請)

- 1、 請持本申請書表及有關證件，逕送戶籍所在地區公所原住民事務承辦員或郵寄高雄市政府原住民事務委員會辦理。
(高雄市鳳山區光復路2段132號2樓) 服務電話：7995678分機1724。

款別	<input type="checkbox"/> 原住民衛生福利-獎補助費 <input type="checkbox"/> 受託經費-公益彩券盈餘																								
姓名																									
金額	新台幣 萬 仟 佰 拾 元整																								
說明	年度 <input type="checkbox"/> 急難救助 <input type="checkbox"/> 醫療補助 <input type="checkbox"/> 死亡慰助																								
上列款項業經全數領訖 收據 領款人簽章： 聯絡電話： 戶籍住址： _____市縣_____區鎮市鄉_____里村_____鄰_____路街 _____段_____巷_____弄_____號之_____樓之 身分證統一編號：																									
<table border="1" style="width:100%; height:30px;"> <tr> <td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td><td style="width:5%;"></td> </tr> </table>																									
匯入金融機構： _____銀行 _____分行/ _____郵局 金融機構帳號： _____																									

陰影處請填寫清楚，謝謝！

(請浮貼 郵局封面影本)

切 結 書

具切結書人 _____ 為申請人之 _____，
為申請高雄市原住民急難救助醫療補助金，經切結同意完全遵守以下規定：

- 1、 具切結書人、傷病者、往生者及共同生活親屬完全符合本實施要點之規定。
- 2、 聲明申請者之法定受益人授權切結書人申領補助款且未領有政府相關同性質之補助款。

具結書人所切結事項如有不實且違反上項情事者，除無條件同意高市府原民會撤銷補助核准外，並繳回補助款並願接受法律制裁，恐口無憑，特立此切結書為憑。

陰影處請填寫清楚，謝謝！

具 結 人： _____ (簽名或蓋章)

身 分 證 字 號： _____

戶 籍 地 址： _____

通 訊 地 址： _____

聯 絡 電 話： _____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日