

高雄市 區民眾急難救助申請案調查表 申請日期： 年 月 日

申請人姓名		性別	身份證字號		身份別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 ( <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 老人 <input type="checkbox"/> 單親) <input type="checkbox"/> 其他(說明： )			
					電話：	<input type="checkbox"/> 自有住屋 <input type="checkbox"/> 租用(每月租金 元) <input type="checkbox"/> 其他：			
地址：					申請案由簡述：				
家 庭 狀 況									
稱謂	姓名	年齡	健康情形	每月收入	職業	有無勞健保			
						健保	勞保	其他	
本人									
申 請 救 助 原 因					其 他 救 助 情 形				
一、 <input type="checkbox"/> 喪葬費用無力負擔 (喪葬費用_____元) 二、 <input type="checkbox"/> 醫療費用無力負擔 (醫藥費用_____元) 三、 生活費用無著 原因_____					本府 資源	已申領_____補助，_____元。			
四、 其他：_____						其 他 資 源	(若獲社會資源救助、商業保險及一般保險或其他保險理賠等務明)		
擬 辦 意 見									
<input type="checkbox"/> 經查屬實確需救助，依高雄市實施民眾急難救助自治條例，擬發給急難救助金_____元。 <input type="checkbox"/> 經查因全家收入共_____元； <input type="checkbox"/> 已獲_____救助，_____元；故擬不發給救助金。 <input type="checkbox"/> 其他_____；									
核 定									
調查員		承辦員		課長		主任秘書		區長	

備註：本表請詳實調查並確實填寫

