

高雄市中低收入失能老人機構養護服務費補助申請書 109.11.27 修

申請人基本資料	姓名		身分證 字號		出生年 月日	年 月 日
	戶籍 地址	區	里 鄰	路(街) 段	巷 號 弄 樓之	
	居住 地址	區	里 鄰	路(街) 段	巷 號 弄 樓之	
	通訊 電話		有無領取身 心障礙手冊	<input type="checkbox"/> 有 (障礙等級： <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度； 障礙類別：_____) <input type="checkbox"/> 無		
	津貼 補助	<input type="checkbox"/> 領有中低收入老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 其他 (請說明) _____				
	目前 居住 地點	<input type="checkbox"/> 家中 (<input type="checkbox"/> 同戶籍地 <input type="checkbox"/> 同居住地) <input type="checkbox"/> 醫院 (名稱：_____) <input type="checkbox"/> 機構 (請填下列資料)				
安置 機構 資料	機構 名稱				機構電話	
	進住 日期	_____年_____月_____日				
	機構 地址	區	里 鄰	路(街) 段	巷 號 弄 樓之	
應 備 文 件	<input type="checkbox"/> 1. 申請表 <input type="checkbox"/> 2. 申請人身分證及戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 3. 中低收入證明 (免附由社會局查詢社政系 統) <input type="checkbox"/> 4. 機構合約書影本 <input type="checkbox"/> 5. 進住機構聲明書 <input type="checkbox"/> 6. 代填人身分證 <input type="checkbox"/> 7. 其他_____					
填 表 須 知	1.本項補助以中低收入戶、設籍本市滿1年以上、年滿65歲，且經評估符合重度失能以上者為補助對象，並依個別狀況提供不同額度補助；如經查詢申請人為低收入戶或身心障礙者，輔導其依福利身分別申請相關養護費用補助。 2.基於福利不得重複請領原則，已獲准本項補助者不得重複領取中低收入老人生活津貼、中低收入身心障礙者生活補助、身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助、中低收入老人特別照顧津貼及中低收入市民重傷病住院看護費補助等相關補助，領取最高額度補助者，不得重複請領國民年金老年年金。 3.申請本補助獲准後，居住機構期間申請人若有異動情形，機構請於異動後7日內主動告知本局，本局亦將不定期派員複查。					
申請人聲明已閱讀並了解申請表各節內容，同時證明在申請表內所填各項資料均與事實無誤，如為代填，代填人也已將表內事項詳告申請人，確認申請人已悉且同意委託代填人代為辦理。 ◎代填人姓名_____ 與申請者關係_____ 聯絡電話 () _____ 聯絡地址_____ 手機：_____						
簽章 (簽名或蓋章)： _____ 申請日期：民國_____年_____月_____日						