

**中華民國腦性麻痺協會急難救助金申請表**

申請日期：　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請人基本資料 | 姓 名 | | |  | 性別 | □男  □女 | 出 生  年月日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 身分證字號 | | |  | | | 電 話 | 日：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_夜：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  手機： | | |
| 戶籍地址 | | |  | | | | | | |
| 通訊地址 | | |  | | | | | | |
| 婚姻狀況 | | | □ 未婚 □ 同居 □ 已婚 □ 分居 □ 離婚 □ 喪偶 | | | | | | |
| 其他身分 | | | □ 低收入戶 □ 中低收入戶 □ 原住民 □ 榮 民 □ 身心障礙者（可複選） | | | | | | |
| 居住性質 | | | □ 自宅(貸款：＿＿＿＿＿＿＿元/月) □ 其他 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ 租屋(租金：＿＿＿＿＿＿＿元/月) | | | | | | |
| 家  人  狀  況 | 姓名 | | | 出生年月日 | 與申請人之關係 | | 職業/學校&年級 | | 是否有身障手冊 | 每月收入 |
|  | | |  |  | |  | |  |  |
|  | | |  |  | |  | |  |  |
|  | | |  |  | |  | |  |  |
|  | | |  |  | |  | |  |  |
|  | | |  |  | |  | |  |  |
| 申請項目 | | □生活扶助　 □醫療補助　□喪葬補助　□緊急災害救助 | | | | | | | | |
| 急難事實 | （須附證明文件） | | | | | | | | | |
| 經濟狀況 | （請務必描述家中成員、工作內容、收入所得） | | | | | | | | | |
| 檢附文件 | □身分證正反面影本 □醫院診斷書 □低收入戶證明  □戶口名簿影本 □醫療費用收據 □中低收入戶證明  □身心障礙手冊或證明影本 □失蹤或死亡證明文件 □其他證明文件\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □郵局帳戶存摺封面影本 □葬儀社喪葬費用明細或收據影本 （由申請者自我檢查並勾選） | | | | | | | | | |
| 審核結果 | | | □通過 □不通過 審核日期： | | | | | | | |
| 承辦人 核准 單位主管 會計 | | | | | | | | | | |