

宜蘭縣蘇澳鎮洗腎老人交通補助費申請表

編號：【 】

申請日期： 年 月 日

申請人 (洗腎老人)	姓名		出生日期	年 月 日
	國民身分證統一編號		電話	
	戶籍地址	蘇澳鎮 里 路 街 段 巷 弄 號 樓		
受委託人	姓名		出生日期	年 月 日
	國民身分證統一編號		電話	
	戶籍地址	<input type="checkbox"/> 同申請人(免填寫) 蘇澳鎮 里 路 街 段 巷 弄 號 樓		
洗腎月份及期間	年 月 日起至 年 月 日止 月份共計 次(詳如附件) ※本補助應於每次洗腎紀錄登記月份之次月起提出申請，逾期得視為放棄權利，但當月洗腎紀錄已達5次以上者，可於當月提出申請；該年度經費用罄時截止申請，若已申請則不予補助。			

無法取得收據者請勾選：自行開車就醫 搭乘大眾交通工具前往就醫

切結人簽章：

領據

茲收到蘇澳鎮公所「洗腎老人交通補助費」新臺幣 佰元整。

領取人：

身分證字號：

地址：

電話：

中華民國 年 月 日

資 料 審 核 (以下由蘇澳鎮公所填寫)

- 是 否 1. 申請人須為年滿65歲以上或年滿55歲以上原住民設籍本鎮鎮民長者，須現籍設本鎮達一年以上者。
- 是 否 2. 當年度第一次須檢附設籍本鎮之戶籍謄本或戶口名簿(須有設籍本鎮起算一年者之記事)。
- 是 否 3. 申請人或受委託人身分證及印章(本人簽名者免附)。
- 是 否 4. 申請人收據及洗腎紀錄或可資證明文件(須由醫療院所證明)，但自行開車或搭乘大眾交通工具前往就醫無法取得收據者免附。
- 是 否 5. 持有效期限內之身障手冊。

審查結果

符合發放資格

不符合發放資格

其他(請敘明原因)

承辦人

課長

鎮長