

宜蘭縣蘇澳鎮洗腎患者補助費申請表

編號：【 】

申請日期： 年 月 日

申請人 (洗腎者)	姓名	(簽章)	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		
	身分別	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 年滿65歲以上老人 <input type="checkbox"/> 年滿55歲以上原住民長者		
受委託人	姓名	(簽章)	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) 縣 鄉鎮 村里 鄰 路 街 段 巷 弄 號 樓 市 市區		
注意事項	1. 茲已了解申請宜蘭縣蘇澳鎮洗腎患者補助辦法，並保證於申請月份確有洗腎需求且仍在洗腎中。如有不實，願負相關法律責任。 2. 所需經費由本所編列年度預算支應，並視預算額度發給、調整或停止本辦法之補助。 3. 申請人未符合請領資格或死亡時，本人或其法定繼承人應自事實發生之日起十五日內通知本所辦理，並自事實發生之次月起停止發給。 <div style="text-align: right;">申請人或受委託人：_____ (簽章)</div>			
資 料 審 核 (以下由蘇澳鎮公所填寫)				
審查資格	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 1. 申請人現設籍蘇澳鎮滿一年，年滿65歲以上老人、年滿55歲以上原住民長者、低收入戶或中低收入戶。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2. 持有重大傷病卡或醫療院所開立之洗腎診斷證明書者(診斷書上需註明洗腎起訖年月)。			
應備文件	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 1. 申請人戶籍謄本(含遷徙記事)。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2. 重大傷病卡或醫療院所開立洗腎診斷之證明(短期【急性】洗腎者請註明洗腎之起迄年月)。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 3. 申請人身分證及印章(本人簽名者免附)。委託辦理者另附身分證及印章(本人簽名者免附)。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 4. 申請人郵局或蘇澳農會存摺封面影本。			
審查結果				
<input type="checkbox"/> 符合資格，核定補助日期 自 ____年__月至__年__月 <input type="checkbox"/> 不符合資格 <input type="checkbox"/> 其他(請敘明原因) _____				
承辦人	財政課	主計室	鎮長	
課長				