

衛生福利部急難救助

申請書

訪查人員：

會 同

Com
bin : 年 月 日

訪查表

訪查人員：

申請人	姓名	先生 女士	指定匯款金融機構 名稱	申請人帳號	地 址	Com bin	Com bin	Com bin	鄰 樓
	身分證統一編號		銀行 分行 農會 信用合作社 郵局 支局		電 話	段 巷 弄 號			
					住 屋 情 形				
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無轉賬匯款資料		代號		<input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 住所不定 <input type="checkbox"/> 租賃 (每月租金 _____ 元) 案 件 來 源 <input type="checkbox"/> 衛生福利部 年 月 日 衛 部 救 字 _____ 號 函 <input type="checkbox"/> 案主申請 <input type="checkbox"/> 轉介 <input type="checkbox"/> 其他				

家庭狀況	稱謂	姓名	年齡	健康情形	職業	每月收入	職業保險別	已否加入健保	備註(點數)	稱謂	姓名	年齡	健康情形	職業	每月收入	職業保險別	已否加入健保	備註(點數)
	本人																	

請簡述急難事由

保險及社會資源救助情形

一、保險：(傷病、死亡者之保險情形)
 1 公保 2 勞保 3 農保 4 漁保
 5 學保 6 軍榮保 7 國保 8 其他 _____
 9 保險給付 _____ 元。

二、社會資源救助：
 1 _____ 基金會救助 _____ 元。
 2 _____ 宗教團體救助 _____ 元。
 3 _____ 慈善團體救助 _____ 元。
 4 _____ 學校團體救助 _____ 元。
 5 登報募捐 _____ 元。
 6 其他： _____ 元。

三、賠償金： _____ 元 未獲賠償原因：

 (車禍等意外事故者，請務必詳填)

申請救助原因

一、喪葬費用無力負擔(喪葬費用 _____ 元)。
 二、醫療費用無力負擔(醫療費用 _____ 元)。
 三、生活費用無著(原因) _____。
 四、其他 _____。
 (各項請詳填，並附收據及診斷書等相關證明影印本)

市鄉縣鎮(市市區)政府所救情形

一、核列低收入戶第 _____ 款，每月生活扶助費共 _____ 元。
 二、核予 _____ 倍中低收入老人生活津貼，每月共 _____ 元。
核予身心障礙生活補助費每月 _____ 元。
不幸婦女 失依兒童、少年生活扶助 _____ 元。
托育津貼每月 _____ 元。
 三、核發 _____ 醫療補助 _____ 元。
 四、轉介 _____ 機關收容。
 五、市、縣(市)政府核發急難救助 _____ 元。
鄉鎮市區公所核發急難救助 _____ 元。
 六、核予中低收入老人重病住院看護費用補助 _____ 元。
 七、災害救助金核發 _____ 元。
 八、其他： _____。

鄉鎮市區公所

一、本府應予救助(協助)事項 _____ 已錄辦。
 二、本案 已獲 _____ 元，
全家月入 _____ 元，擬暫緩救助。
 _____ 費用負擔確有困難擬請救助。
 核章：

市縣(市)政府

一、本府應予救助(協助)事項 _____ 已錄辦。
 二、本案 已獲 _____ 元，
全家月入 _____ 元，擬暫緩救助。
 _____ 費用負擔確有困難擬請救助。
 核章：

衛生福利部擬辦	一、 <input type="checkbox"/> 本案符合救助規定，擬發給救助金_____萬元整給予救助。 <input type="checkbox"/> 本案因_____不符合救助規定，擬不予補助。		
	二、以上所擬，當否？謹敘稿並陳 核示。		
第 層 決 行	承 辦 單 位	核 稿	批 示

填表說明：

- 一、申請人身分證統一編號(含英文字)、金融機構代號、申請人帳號、電話等均以阿拉伯字填寫。
- 二、轉匯帳資料係以申請人往來金融機構已參加跨行通匯者為限(已參加單位請查閱本表背面所列)，非跨行通匯者，請勿填列。
- 三、家庭狀況欄請按家戶人口逐一填列，如有非同一戶而互負扶養義務責任之親屬亦請填列並說明之。
- 四、市縣(市)政府、鄉鎮市區公所救助情形及審查意見，請詳實填列。
- 五、保險及社會資源救助情形請查明詳列。
- 六、請就事實於內填✓，並可複選。