

宜蘭縣身心障礙者成年監護及輔助宣告補助申請表

申請日期： 年 月 日

身心障礙者 (申請人) 姓 名	身分證 字號	身分證 字號	身障證明 (手冊) 類別/等級		蓋章	
受託人姓名	身分證 字號	身分證 字號	與申請人關 係		蓋章	
戶籍地址					電話	
通訊地址					電話	
檢 附 文 件	<p>一、 <input type="checkbox"/> 補助申請表。</p> <p>二、 <input type="checkbox"/> 領據。</p> <p>三、 <input type="checkbox"/> 法院家事聲請狀或公文(通知精神鑑定時間)影本。</p> <p>四、 <input type="checkbox"/> 身分證及身心障礙者證明(手冊)正、反面影本。</p> <p>五、 <input type="checkbox"/> 低收入戶、中低收入戶證明(請於戶籍所在地之鄉鎮市區公所申請)或領有其他福利身分生活補助費者之證明文件。</p> <p>六、 <input type="checkbox"/> 法院(行政規費)之收據正本。</p> <p>七、 <input type="checkbox"/> 法院指定醫院精神鑑定之收據(領據)正本。</p> <p>八、 <input type="checkbox"/> 具領人之郵局或金融機構存摺封面影本。</p> <p>九、 <input type="checkbox"/> 委託書(非身心障礙者本人申請時須檢附)。</p> <p>十、 <input type="checkbox"/> 切結書(改撥不同帳戶專用須檢附)。</p> <p>十一、 <input type="checkbox"/> 其他：</p>					
備 註	<p>一、 身心障礙者與收據(法院行政規費及精神鑑定醫院)之申請人應為同一人。</p> <p>二、 請於指定醫院完成精神鑑定後6個月內，檢附上開文件郵寄或親送至「宜蘭縣政府社會處老人及身心障礙福利科(地址：26045 宜蘭縣宜蘭市西門里同慶街95號3樓)。」</p> <p>三、 聯絡電話：(03)932-8822 分機164 張社工。</p>					