

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|-------------------------------|---------|---|--|-----------|-------------------------|---|--|-----|---------|-----|---------|-----------|-------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 申請書 衛生福利部急難救助 <input type="checkbox"/> 訪查表 | | 訪查人員： 會 同 訪查人員： | 訪查日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 縣 市 | 鄉 鎮 市 區 | 村 里 鄰 | 路 街 | | | | | | | | |
| | 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 樓 | | | | | | | | |
| | 住屋情形 | | | | <input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 住所不定 <input type="checkbox"/> 租賃 (每月租金 元) | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無轉帳匯款資料 | | 代號 | | | 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 備 註 入 健 保 (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 備 註 入 健 保 (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 <input type="checkbox"/> 公保 2 <input type="checkbox"/> 勞保 3 <input type="checkbox"/> 農保 4 <input type="checkbox"/> 漁保 5 <input type="checkbox"/> 學保 6 <input type="checkbox"/> 軍榮保 7 <input type="checkbox"/> 國保 8 <input type="checkbox"/> 其他____ 9 <input type="checkbox"/> 保險給付_____元。 二、社會資源救助： 1 <input type="checkbox"/> _____基金會救助_____元。 2 <input type="checkbox"/> _____宗教團體救助_____元。 3 <input type="checkbox"/> _____慈善團體救助_____元。 4 <input type="checkbox"/> _____學校團體救助_____元。 5 <input type="checkbox"/> 登報募捐_____元。 6 <input type="checkbox"/> 其他：_____元。 三、賠償金：_____元 <input type="checkbox"/> 未獲賠償原因：_____ | | | | | | | |
| | 申 請 救 助 原 因 | 一、 <input type="checkbox"/> 喪葬費用無力負擔(喪葬費用_____元)。 二、 <input type="checkbox"/> 醫療費用無力負擔(醫療費用_____元)。 三、 <input type="checkbox"/> 生活費用無著(原因)_____。 四、 <input type="checkbox"/> 其他_____。 (各項請詳填，並附收據及診斷書等相關證明影印本) | | | | | | | | (車禍等意外事故者，請務必詳填) | | | | | | | |
| 市 鄉 縣 鎮 (市 區) 政 公 府 所 救 助 情 形 | 一、 <input type="checkbox"/> 核列低收入戶第_____款，每月生活扶助費共_____元。 二、 <input type="checkbox"/> 核予_____倍中低收入老人生活津貼，每月共_____元。 <input type="checkbox"/> 核予身心障礙生活補助費每月_____元。 <input type="checkbox"/> 不幸婦女 <input type="checkbox"/> 失依兒童、少年生活扶助_____元。 <input type="checkbox"/> 托育津貼每月_____元。 三、 <input type="checkbox"/> 核發_____醫療補助_____元。 <input type="checkbox"/> 轉介_____機關收容。 四、 <input type="checkbox"/> 市、縣(市)政府核發急難救助_____元。 <input type="checkbox"/> 鄉鎮市區公所核發急難救助_____元。 五、 <input type="checkbox"/> 核予中低收入老人重病住院看護費用補助_____元。 六、 <input type="checkbox"/> 災害救助金核發_____元。 七、 <input type="checkbox"/> 其他：_____。 八、 <input type="checkbox"/> 其他：_____。 | | | | | | | | 審 查 意 見 | 鄉 鎮 市 區 公 所 一、本府應予救助(協助)事項_____已錄辦。 二、本案 <input type="checkbox"/> 已獲_____元， <input type="checkbox"/> 全家月入_____元，擬暫緩救助。 <input type="checkbox"/> _____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 <input type="checkbox"/> 已獲_____元， <input type="checkbox"/> 全家月入_____元，擬暫緩救助。 <input type="checkbox"/> _____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。