

急難救助

■申請書 □訪查表

申請日期： 年 月 日 證件備齊日期： 年 月 日

申請人	申請人姓名	身分證統一編號	聯絡電話	手機	性別	出生年月日	申請人簽章
	戶籍地址	其他身分					
	通訊地址	□原住民 □榮民					
	指定匯款金融機構	住屋情形		案件來源		來源單位簽章	
	單位： 支局： 局號： 帳號：	<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"/> 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	已否加入	備註(點數)	稱謂	姓名	年齡	健康情形	職業	每月收入	職業保險	已否加入	備註(點數)

1、發生時間： 年 月 日 (務必填寫)。

2、請述急難發生情形：

3、急難事由：(各項請詳填，並依理由檢附相關證明文件)

(1) 事故發生者：負家庭主要生計責任 非負家庭主要生計責任

(2) 1. 戶內人口死亡無力殮葬。(喪葬費用元)。

2. 戶內人口遭受意外傷害或罹患重病，致生活陷於困境。(自付醫療費用元)。

3. 負家庭主要生計責任者無法工作，(原因：)。

4. 財產或存款帳戶因遭強制執行、凍結或其他原因，未能及時運用致生活陷入困境。

5. 已申請福利項目或保險給付，尚未核准期間生活陷入困境(已於年月日申請)。

6. 其他因遭遇重大變故，致生活限於困境，經訪視評估，認定確有救助需要。

鄉鎮市公所救助情形	一、 <input type="checkbox"/> 核列低收入戶第 款，每月生活扶助費共 元。	保險及社會資源救助情形	一、保險：(傷病、死亡者之保險情形)
	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。		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 以上保險給付 元。9 <input type="checkbox"/> 無保險
	三、 <input type="checkbox"/> 核發醫療補助 元。		二、社會資源救助：
	四、 <input type="checkbox"/> 轉介		1 <input type="checkbox"/> 基金會救助 元。
	五、 <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。		2 <input type="checkbox"/> 宗教團體救助 元。
	六、 <input type="checkbox"/> 核予中低收入老人重病住院看護費用補助 元。		3 <input type="checkbox"/> 慈善團體救助 元。
	七、 <input type="checkbox"/> 災害救助金核發 元。		4 <input type="checkbox"/> 學校團體救助 元。
	八、 <input type="checkbox"/> 其他：		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：
			(車禍等意外事故者，請務必詳填)

申請人簽章確認

1. 以上申請表填寫之各項資料均經本人據實提供確認無誤，如有不實願負法律責任，並依法繳回所領取之補助款。

2. 同意主管機關如有基於個案評估及審核之必要，得調閱本人及家屬之戶籍或財稅有關資料。

※申請人簽章： (年 月 日)

鄉鎮市公所審查暨核章	1、 <input type="checkbox"/> 本所應予救助(協助)事項已錄辦。	縣市 政府 核定 暨核 章	1、 <input type="checkbox"/> 本案符合救助規定，擬發給 <input type="checkbox"/> 喪葬 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 其他，救助金(新台幣) 元。			
	2、 <input type="checkbox"/> 本案已獲 元。 <input type="checkbox"/> 全戶所得月入 元，擬暫緩救助。 <input type="checkbox"/> 費用負擔確有困難擬請救助。		2、 <input type="checkbox"/> 本案因不符合救助規定，擬不予補助。			
	訪查人員/村里幹事		課長	承辦人	副局/處長	秘書
	承辦人		鄉鎮市區長	科長	局/處長	縣/市長

填表說明：

1、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。

2、家庭狀況欄請按家戶人口逐一填列，如有非同戶而互負扶養義務責任之親屬亦請填列並說明之。

3、全戶本金存款、公所救助情形、保險及社會資源救助情形，請就事實於 內填 ，可複選；如該項為無，亦應勾選 無...之選項。

4、本表各該應填事項如未填寫齊全，將逕予退件鄉鎮市公所協助補正。

5、急難救助同一事故一年一次為限，並應在事實發生三個月內申請救助，逾時不予受理。