

申請人	姓名	指定匯款金融機構 立帳郵局：	地
	身分證統一編號		址 電話 手機

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"/> 新竹縣政府 年 月 日府社助字 號函 <input type="checkbox"/> 案主申請 <input type="checkbox"/> 公所轉介 <input type="checkbox"/> 其他		

稱謂	姓名	年齡	健康情形	職業	每月收入	備註	稱謂	姓名	年齡	健康情形	職業	每月收入	備註

案由	(請簡述急難事由)	保險及社會資源救助情形	一、已獲保險項目及金額： 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"/> 壽險、意外險、防癌險 8 <input type="checkbox"/> 保險給付總金額_____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：_____		

申請原因	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"/> 其他原因無法工作(原因)_____。 四、 <input type="checkbox"/> 財產或存款遭強制執行、凍結或其他因未能及時運用。 五、 <input type="checkbox"/> 其他重大變故_____。 (各項請詳填，並附收據及診斷書等相關證明影印本)	三、賠償金：_____元 <input type="checkbox"/> 未獲賠償原因：_____
------	--	--

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。 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"/> 特殊境遇家庭_____扶助_____元。 <input type="checkbox"/> 緊急兒童、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。 四、 <input type="checkbox"/> 轉介_____機關收容。 五、 <input type="checkbox"/> 鄉鎮市區公所核發急難救助_____元。 六、 <input type="checkbox"/> 中低收入老人重病住院看護費用補助_____元。 七、 <input type="checkbox"/> 災害救助金核發_____元。 八、 <input type="checkbox"/> 轉介衛生福利部急難救助 九、 <input type="checkbox"/> 其他：_____。	檢附文件 (一) <input type="checkbox"/> 全戶戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 郵政儲金存簿封面影本 (二) 資格證明： <input type="checkbox"/> 低收入戶證明 <input type="checkbox"/> 醫院診斷證明書 <input type="checkbox"/> 重大傷病卡影本 <input type="checkbox"/> 死亡證明書 <input type="checkbox"/> 除戶謄本 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊影本 <input type="checkbox"/> 其他_____
	審查意見	鄉鎮市公所 一、本所已予救助(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。

公所審核意見	村(里)幹事	承辦人	課長	市(鄉、鎮)長
--------	--------	-----	----	---------

縣府審核意見	一、 <input type="checkbox"/> 本案符合本府急難救助補助標準，擬發給救助金_____元整給予救助。 <input type="checkbox"/> 轉介衛生福利部急難救助。 補助項目： <input type="checkbox"/> 1. 無力殮葬 <input type="checkbox"/> 2. 遭受傷害 <input type="checkbox"/> 3. 入獄服刑等因 <input type="checkbox"/> 4. 財產未能即時運用 <input type="checkbox"/> 5. 其他重大變故 補助對象： <input type="checkbox"/> 1. 負責家庭生計者 <input type="checkbox"/> 2. 非負責家庭生計者 <input type="checkbox"/> 3. 低收入戶
	二、 <input type="checkbox"/> 本案因_____不符合救助規定，擬不予補助。 三、本案因缺 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 郵局存簿封面影本 <input type="checkbox"/> 相關費用單據及證明 <input type="checkbox"/> 其他_____予以退件，請貴所補件後再行送審。

承辦人	督導	科長	副處長	處長
-----	----	----	-----	----