

申請人基本資料	姓名		性別		出生日期	民國	年	月	日
			身分證字號			族別			
	電話		手機						
	戶籍地								
居住地									

急難事由	<p>1. 事故發生者：<input type="checkbox"/>負擔家庭生計者    <input type="checkbox"/>非負擔家庭生計者</p> <p>2. 急難事由：</p> <p>(1) <input type="checkbox"/>戶內人口死亡無力殮葬。</p> <p>(2) <input type="checkbox"/>遭受意外傷害 <input type="checkbox"/>罹患重病，致生活陷困。</p> <p>(3) 負家庭主要生計責任者，<input type="checkbox"/>失業 <input type="checkbox"/>失蹤 <input type="checkbox"/>入獄服刑 <input type="checkbox"/>因案羈押  <input type="checkbox"/>應徵集召集入營服兵役或替代役現役 <input type="checkbox"/>依法拘禁  <input type="checkbox"/>其他原因：_____ 無法工作致生活陷於困境。</p> <p>(4) <input type="checkbox"/>其他因遭遇重大變故，致生活陷於困境，經訪視評估認定確有救助需要。  (特殊境遇單親家庭生活陷困者得申請本要點救助)</p> <p>(5) <input type="checkbox"/>遭受水、火、風、雹、旱、地震及其他災害，致損害重大，影響生活。</p>
------	--

證明文件	<input type="checkbox"/> 戶籍證明(或身分證明)：_____
	<input type="checkbox"/> 死亡證明 <input type="checkbox"/> 相驗屍體證明書 <input type="checkbox"/> 殮葬費用證明文件
	<input type="checkbox"/> 醫院診斷證明書 <input type="checkbox"/> 醫療收據或繳費通知單 <input type="checkbox"/> 失業證明 <input type="checkbox"/> 失蹤證明
	<input type="checkbox"/> 入營服兵役證明 <input type="checkbox"/> 服刑證明 <input type="checkbox"/> 災害相關證明 <input type="checkbox"/> 其他相關證明：_____

1. 本表有關本人基本資料、急難事由、證明文件，均係本人據實提供；核定機關訪視本人及家庭時，係由本人或家屬據實陳述，若有可歸責於己之事由，除繳回所領金額並自負一切法律責任。

2. 同意核定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，並同意本資料提供相關單位作學術研究或非營利目的之使用。(如為代填，代填人亦已將表內事項詳告申請人)。

申請人簽章：\_\_\_\_\_ 代填人簽章：\_\_\_\_\_

法定代理人簽章：\_\_\_\_\_ (與案主關係：\_\_\_\_\_)

填表時間： 年 月 日

## 原住民族委員會輔助原住民急難救助個案認定表

訪查(調查)時間：

訪查(調查)人員：

受訪人：

(與申請人關係 )

戶 內 人 口	稱謂	姓名	年齡	健康情形	就業、收入情形或 就讀學校年級	保險別
	本人					

<b>縣 市 政 府 及 公 所 救 助</b>	一、 <input type="checkbox"/> 核列低收入戶第_____款，每月生活補助費共_____元。 二、已領取政府補助： <input type="checkbox"/> 老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 身心障礙生活補助費 <input type="checkbox"/> 兒童、少年生活扶助 <input type="checkbox"/> 托育津貼 <input type="checkbox"/> 照顧津貼 <input type="checkbox"/> 其他生活扶助 每月共_____元。 三、核發 <input type="checkbox"/> 醫療補助 <input type="checkbox"/> 住院看護費用補助_____元。 四、 <input type="checkbox"/> 核發急難救助金 直轄市、縣(市)政府_____元。 公所_____元 馬上關懷_____元。 五、 <input type="checkbox"/> 轉介_____機關收容。 六、 <input type="checkbox"/> 災害救助金_____元。 七、 <input type="checkbox"/> 其他：_____元。	<b>保 險 及 社 會 資 源</b>	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"/> 汽機車強制險 8 <input type="checkbox"/> 其他 保險給付_____元： <input type="checkbox"/> 已領取 <input type="checkbox"/> 申請中 二、社會資源救助： 1 <input type="checkbox"/> 已獲_____ (基金會、慈善團體) 救助_____元。 2 <input type="checkbox"/> 登報募捐或捐款_____元。 3 <input type="checkbox"/> 其他：_____。 三、賠償金：_____元 <input type="checkbox"/> 未獲賠償原因： (車禍、職災及意外事故，請務必詳填)
--	---	--	---

<b>個案評估</b> (急難事由、家庭狀況、問題及處遇...等)	
--------------------------------------	--

<b>審核 結果</b>	一、 <input type="checkbox"/> 經認定符合「原住民族委員會輔助原住民急難救助實施要點」第五點第一項第_____款規定，本案擬核發救助金_____元。 二、 <input type="checkbox"/> 經認定未符「原住民族委員會輔助原住民急難救助實施要點」第五點第一項第_____款規定，不予核發。 三、其他處遇：協助申辦 <input type="checkbox"/> 低(中低)收入戶生活扶助 <input type="checkbox"/> 災害救助 <input type="checkbox"/> 醫療補助或住院看護補助 <input type="checkbox"/> 福利服務及津貼 <input type="checkbox"/> 轉介_____。
------------------	--

	<b>里幹事</b>	<b>承辦人</b>	<b>課長</b>	<b>主(會)計人員</b>	<b>區長</b>
<b>核章</b>					

補助金額未達 3 萬元，由各區公所自行核定補助，結案後再送市府備查。

核發救助金額逾新台幣 3 萬元(含)以上者，由臺南市政府核定後發給。