

收件、證件備齊日期：□□□-□□-□□ (收件人、承辦人：_____)

具領政府其他各項補助代號
(1)老年農民福利津貼(2)中低收入老人生活津貼
(3)榮民院外就養金 (4)中低收入戶
(5)身心障礙生活補助 (6)托育養護補助
(7)退休俸 (7)其他_____

一、基本資料

- 1.姓名：_____ 2.出生日期：_____年_____月_____日 3.性別：□男 □女
4.身分證字號：_____
5.身心障礙程度：類別：_____等級：_____度，重新鑑定年月：_____年_____月
6.戶籍地址：臺南市_____區_____里_____鄰_____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓之_____
7.租屋地址：臺南市_____區_____里_____鄰_____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓之_____
8.聯絡電話：日_____、夜_____、行動電話_____
9.每月實際繳納房租金額為：_____元(不含租屋保證金、公共管理費等)，租賃契約到期日：_____年_____月_____日。
10.領有政府其他法令規定之各項補助金額每月共計：_____元，(補助項目代號：_____)

二、全家人口

Table with columns for family members: 編號, 稱謂, 姓名, 身分證字號, 性別, 出生(年/月/日), 同打住, 編號, 稱謂, 姓名, 身分證字號, 性別, 出生(年/月/日), 同打住.

身心障礙者本人(或轉存他人存簿) 郵局局號 _____ 帳號 _____ 戶名 _____
郵局存簿帳號或農會帳號 _____ 區農會，農分會代號 _____ 科目 _____ 帳號 _____
立同意書人：_____ (簽章)

具結人_____已參閱臺南市身心障礙者租賃房屋租金補助作業要點，茲依照有關規定辦理租賃房屋租金補助手續，以上各欄所填均屬實情，保證完全符合申請條件及下列切結事項屬實。

- 一、身心障礙者(申請人)、配偶及戶籍內之直系親屬均無自有住宅。 五、身心障礙者(申請人)、配偶及戶籍內之直系親屬確實親自居住。
二、身心障礙者(申請人)現未接受政府同性質貸款或租金補助。 六、租賃房屋在臺南市行政區域內。
三、身心障礙者(申請人)未獲政府補助住宿養護費用。 七、租賃房屋非直系親屬所有。
四、身心障礙者(申請人)未借住公有房舍或平價住宅。 八、申請人如於核准補助後，將租屋轉租、退租或遷移戶籍地，需主動告知區公所並返還溢領之款項。
上開各項如有不實或違反情事之一經查獲者，願接受主管機關撤銷並返還租賃房屋租金補助，暨負擔法律責任，特立此切結書為憑。

此致

臺南市_____區公所

具結人：_____

(簽章)

身分證字號：_____

三、應備文件

- 1.申請表、身心障礙者租賃房屋租金補貼計點標準表。 □5.全戶全國財產稅總歸戶財產查詢清單、綜合所得稅各類所得資料清單、綜合所得稅籍資料清冊
□2.最近一個月內全戶電子戶籍謄本或新式戶口名簿影本。 □6.身心障礙者本人郵局存簿或農會封面影本。
□3.房屋租賃契約書影本乙份。 □7.其他相關證明文件：_____
□4.身心障礙證明正、反面影本

本線以下申請人免填，供區公所及市府審查用

一、初審標準：

Table with 5 columns: 審核項目(不符合補助標準之代號), 符合, 不符合, 審核項目(不符合補助標準之代號), 符合, 不符合. Row 1: 1. 家庭總收入平均分配全家人口未達當年度每人每月最低生活費二點五倍或未超過臺灣地區平均每人每月消費支出一點五倍者(註1). 2. 申請人及其同住扶養者未曾接受政府同性質貸款或補助。

《註1》

Table with 6 columns: 審核項目(依社會救助法規定核算), 核定結果, 審核項目(依社會救助法規定核算), 核定結果, 審核項目(依社會救助法規定核算), 核定結果. Row 1: 1. 全家人口數, 2. 全家每年總收入, 3. 平均每人每月收入. Row 2: 4. 本()年度每人每月最低生活費用, 5. 上述第(3)項除以第(4)項

二、複審結果

Table with 4 columns: 申請人姓名, 核定補助期限, 同住人口數, 核定金額, 區公所承辦人, 社會局承辦人, 區公所課長, 社會局科長, 區長, 局長. Includes checkboxes for 不符合, 原因, 退件, 補件.

非低收入戶適用

臺南市身心障礙者租賃房屋租金補貼計點標準表

計點項目	最高配點	核定點數(本欄由審核機關填具,申請人請勿填寫)	申請人(代理人)據實填寫欄
戶籍內障礙人口數(含申請者本人)及家庭狀況	15點	_____點	申請人、同戶籍配偶及申請人直系親屬有下列情形者： <input type="checkbox"/> 1. 一名身心障礙者。(2點) <input type="checkbox"/> 2. 三名以上身心障礙者。(6點) <input type="checkbox"/> 3. 特殊境遇家庭。(3點) <input type="checkbox"/> 4. 育有未成年子女。(3點) <input type="checkbox"/> 5. 單親家庭。(3點) <input type="checkbox"/> 6. 65歲以上人口。(3點)
設籍時間	10點	共計_____年_____月 _____點	身心障礙者自民國_____年_____月_____日設籍臺南市迄今共計_____年_____月。 註：設籍三年以下(含三年)者，每滿一年以0.5點計； 設籍三年以上者，每滿一年以一點計；滿六個月未滿一年者以一年計
當年度申請本府都市發展局住宅補貼者	8點	_____點	<input type="checkbox"/> 1. 當年度申請本府都市發展局住宅補貼未獲補助者。(8點) <input type="checkbox"/> 2. 當年度未申請本府都市發展局住宅補貼。(1點)
家庭成員人數	5點	_____點	<input type="checkbox"/> 1. 五人以上。(5點) <input type="checkbox"/> 2. 三人或四人。(3點) <input type="checkbox"/> 3. 二人以下。(1點)
總積點(最高計38點)		_____點	
區公所承辦人			社會局承辦人
區公所課長			社會局科長
區長			局長