

臺南市家庭暴力被害人補助 申請表

申請日期： 年 月 日

申請人姓名	出生年月日	身分證字號或居留證號碼	聯絡電話

出生國籍：☐本國非原住民 ☐本國原住民 ☐中國 ☐越南 ☐泰國 ☐印尼
☐柬埔寨 ☐菲律賓 ☐緬甸 ☐其他_____

案件類別：☐家庭暴力案件 ☐兒童少年保護案件
☐其他：_____

案 號

戶籍地址：

居住地址：

代理人姓名	與申請人關係	身分證字號	聯絡住址	聯絡電話

※申請補助項目：（須於各項補助申請期限內提出）

1. 醫療費用（每人每次最高補助 3,000 元）

☐掛號費 ☐驗傷診斷書 ☐部分負擔費用 ☐其他特殊事項：_____

2. 諮商及輔導費用

☐個別晤談費（最高補助 24 小時） 申請補助_____小時，每小時 1,200 元，共計_____元
☐夫妻或家族晤談費（最高補助 24 小時） 申請補助_____小時，每小時 1,600 元，共計_____元
☐團體治療輔導費（最高補助 24 小時） 申請補助_____小時，每小時 1,600 元，共計_____元

3. 獨立生活費用

☐房屋租金費用：每月補助_____元，加計人口____人_____元
 擬申請補助 _____個月，共計_____元整（補助以三個月為限）
☐獨立生活津貼：每月補助_____元，擬申請補助_____月，共計_____元整
 （每人每月最高補助 5,000 元，補助 3 個月為限）

4. ☐其他_____補助費用，說明：

※相關福利服務事項：◎被害人是否曾接受下列扶助

☐否 ☐是(☐房屋租金_____月 ☐諮商及輔導費_____時 ☐醫療費_____ ☐其他_____。

附件	☐ 領據正本	☐ 家庭暴力事件通報表	☐ 房屋租賃契約	☐ 診斷證明書影本
	☐ 戶口名簿影本	☐ 心理治療紀錄摘要表	☐ 醫療院所收據正本	☐ 社工員評估報告
	☐ 醫療明細表			

切結：被害人確屬經濟困難，以上所填資料屬實，如有不實，願負法律責任。

申請人： (簽名)

社工評估：

審核結果	初審	☐ 符合補助。 ☐ 不符合補助。 說明：	社工員	社工督導員	社工督導
	複核	☐ 符合補助，共計_____元整。 ☐ 不符合補助。 說明：	承辦人		主任