

# 衛生福利部急難救助

申請書

訪查人員：

會 同

Com  
bin : 年 月 日

訪查表

訪查人員：

申請人	姓名	先生 女士	指定匯款金融機構 名稱	申請人帳號	地 址	段 巷 弄 號 鄰 樓
	身分證統一編號		銀行 農會 信用合作社 郵局 分行 支局		電話	
	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)					
案件來源						
<input type="checkbox"/> 衛生福利部 年 月 日 衛部救字 號函						
<input type="checkbox"/> 案主申請 <input type="checkbox"/> 轉介 <input type="checkbox"/> 其他						
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無轉賬匯款資料		代號				

家庭狀況	稱謂	姓名	年齡	健康情形	職業	每月收入	職業保險別	已否加入健保	備註(點數)	稱謂	姓名	年齡	健康情形	職業	每月收入	職業保險別	已否加入健保	備註(點數)
	本人																	

請簡述急難事由

保險及社會資源救助情形

一、保險：(傷病、死亡者之保險情形)  
1 公保 2 勞保 3 農保 4 漁保  
5 學保 6 軍榮保 7 國保 8 其他  
9 保險給付 元。

二、社會資源救助：  
1 基金會救助 元。  
2 宗教團體救助 元。  
3 慈善團體救助 元。  
4 學校團體救助 元。  
5 登報募捐 元。  
6 其他： 元。

三、賠償金： 元 未獲賠償原因：  
(車禍等意外事故者，請務必詳填)

申請救助原因

一、喪葬費用無力負擔(喪葬費用 元)。  
二、醫療費用無力負擔(醫療費用 元)。  
三、生活費用無著(原因)。  
四、其他。  
(各項請詳填，並附收據及診斷書等相關證明影印本)

審核意見

市鄉縣鎮(市區)公所救助情形

一、核列低收入戶第 款，每月生活扶助費共 元。  
二、核予 倍中低收入老人生活津貼，每月共 元。  
核予身心障礙生活補助費每月 元。  
不幸婦女 失依兒童、少年生活扶助 元。  
托育津貼每月 元。  
三、核發 醫療補助 元。  
四、轉介 機關收容。  
五、市、縣(市)政府核發急難救助 元。  
鄉鎮市區公所核發急難救助 元。  
六、核予中低收入老人重病住院看護費用補助 元。  
七、災害救助金核發 元。  
八、其他： 。

鄉鎮市區公所

一、本府應予救助(協助)事項 已錄辦。  
二、本案 已獲 元，  
全家月入 元，擬暫緩救助。  
費用負擔確有困難擬請救助。  
核章：

市縣(市)政府

一、本府應予救助(協助)事項 已錄辦。  
二、本案 已獲 元，  
全家月入 元，擬暫緩救助。  
費用負擔確有困難擬請救助。  
核章：

衛生福利部擬辦	一、 <input type="checkbox"/> 本案符合救助規定，擬發給救助金_____萬元整給予救助。 <input type="checkbox"/> 本案因_____不符合救助規定，擬不予補助。		
	二、以上所擬，當否？謹敘稿並陳 核示。		
第 層決行	承辦單位	核稿	批示

填表說明：

- 一、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。
- 二、轉匯帳資料係以申請人往來金融機構已參加跨行通匯者為限(已參加單位請查閱本表背面所列)，非跨行通匯者，請勿填列。
- 三、家庭狀況欄請按家戶人口逐一填列，如有非同一戶而互負扶養義務責任之親屬亦請填列並說明之。
- 四、市縣(市)政府、鄉鎮市區公所救助情形及審查意見，請詳實填列。
- 五、保險及社會資源救助情形請查明詳列。
- 六、請就事實於內填✓，並可複選。