

+8 臺南市__區急難救助申請表

申請日期： 年 月 日

申請人	姓名	身分證統一編號	地址
	先生 女士		台南市 區 里 路(街) 段 巷 弄 號 樓
	職業及服務處所	每月收入(元)	住屋情形
		薪資 其他	<input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 住所不定 <input type="checkbox"/> 租賃 (每月租金 元)
			有無榮民身份或支領月退休俸給金額
			<input type="checkbox"/> 榮民 <input type="checkbox"/> 一般民眾 退休俸：每月(年) 元

家庭狀況	稱謂	姓名	年齡	健康情形	職業	每月收入	職業類別	已否加入健保	備註	稱謂	姓名	年齡	健康情形	職業	每月收入	職業類別	已否加入健保	備註
	本人																	

申請簡述急難事由

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 其他_____元。
 8 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、傷病費用無力負擔(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、申請人與死亡者關係等相關證明影印本)

社會福利申請情形

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、核發醫療或看護補助費_____元。
 四、轉介_____機關收容。
 五、區公所核發急難救助_____元。
 六、災害救助金核發_____元。
 七、其他(敬老福利生活津貼等)_____元。

里幹事訪查結果

訪查人員簽章：

區公所	核	承辦人	
	章	課長	
		會計主任	

符合臺南市急難救助辦法第 條第 款規定，
擬同意發給救助金新臺幣 元整。

審核		區長	
收據	茲領到臺南市急難救助金計新臺幣 _____ 元整。 此據 具領人： _____ (簽章) 身分證字號： 戶籍地址： 聯絡電話： 中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日		

填表說明：一、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。

二、申請救助原因、保險及社會資源救助情形、社會福利申辦情形請查明詳列；請就事實於 內填 ，並可複選。