臺南市醫療補助申請表 (二)

一、全家人口及收入狀況:

	姓				ź	5			出生				收	入	項	目(全年	·)(ī	t)
稱							性				足	職	工作	收入	1.1 4	動產與	其	
謂	身	分	證	字	· 别	克	別	年	月	日	龄	業	實際收入	規定收入	利息收入	不動產 收益	他收入	小計
申																		
請																		
人																		
			П	1 1														
							•	_	- 100				L 11 14 11 \			•		•

(人口欄位不足時,請在此浮貼)

以上所載全家人口及狀況均屬實,倘有隱瞞或不實,本人願負偽造文書及冒領公款等法律責任。

								簽章	:		
_ \ ;	審核結果:	請依國稅局	、稅.	捐稽徵單	位提供與	財稅管	肾料或胃	曾際調	育斜	·埴寫	

審核項目	區公所審核結果	審核項目	區公所審核結果
1. 有工作能力人數		4. 平均每人每月收入	
2. 全家人口數		5. 動產	
3. 全家每月總收入		6. 不動產 土地筆及房屋棟 依公告現值合計	
□ 公所調查結果調查	者,且家庭財產未通 2. 不符合 □家庭總收入平均已 上者。	自未達當年度本市每人每月 逾本市當年度公告中低收入 達當年度本市每人每月最低 當年度公告中低收入戶標準	户標準之1.2倍者。 《生活費標準 1.5 倍以