

# 臺南市\_\_\_\_\_區急難救助申請表

申請日期： 年 月 日 證件備齊日期： 年 月 日

案件通報來源：教育人員 保育人員 社政人員 醫事人員 村(里)幹事 警察人員  
民意代表 媒體 1957專線 一般民眾 其他\_\_\_\_\_

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 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 保 險 別	已 否 加 保	備 註	稱謂	姓 名	年 齡	健康情形	職 業	每 月 收 入	職 業 保 險 別	已 否 加 保	備 註
	本人																	

申請救助原因	(請簡述急難事由)	保險及社會資源救助情形
	一、 <input type="checkbox"/> 喪葬費用無力負擔(喪葬費用 _____ 元)。 二、 <input type="checkbox"/> 傷病費用無力負擔(醫療費用 _____ 元)。 三、 <input type="checkbox"/> 生活費用無著(原因) _____。 四、 <input type="checkbox"/> 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)	

社會福利申辦情形	一、 <input type="checkbox"/> 核列低收入戶第 _____ 款，每月生活扶助費共 _____ 元。 二、 <input type="checkbox"/> 核予 _____ 倍中低收入老人生活津貼，每月共 _____ 元。 <input type="checkbox"/> 核予身心障礙生活補助費每月 _____ 元。 <input type="checkbox"/> 不幸婦女 <input type="checkbox"/> 中低收入家庭兒童及少年生活扶助 _____ 元。 <input type="checkbox"/> 托育津貼每月 _____ 元。 三、 <input type="checkbox"/> 核發醫療或看護補助費 _____ 元。 四、 <input type="checkbox"/> 轉介 _____ 機關收容。 五、 <input type="checkbox"/> 區公所核發急難救助 _____ 元。 六、 <input type="checkbox"/> 災害救助金核發 _____ 元。 七、 <input type="checkbox"/> 其他(敬老福利生活津貼等) _____。	里幹事訪查結果
區公所審核結果	符合臺南市急難救助辦法第 _____ 條第 _____ 款第 _____ 目規定，擬同意發給救助金新臺幣 _____ 元整。	核 辦 人 _____ 課 長 _____ 會 計 主 任 _____ 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。  
 16