

111 年度住宿式服務機構使用者補助費申請書
(申請期限至 112 年 3 月 1 日止，逾期不予受理)

項目			內容	
基本資料	申請人 (註 1)	姓名		
		身分證統一編號		
		身分	請勾選(可複選): 1. ☐ 入住機構本人 2. ☐ 機構簽約人(勾選本項者，請續填使用機構者相關資料)	
		地址(需可供書面通知寄達)		
		連絡電話		
	使用機構者 (註 2)	姓名		
		身分證統一編號		
	入住機構類型及天數	入住機構 1	類型(註 3)	
全銜				
地址				
入住起迄日期				
入住天數				
入住機構 2		類型(註 3)		
		全銜		
		地址		
		入住起迄日期		
		入住天數		
入住機構天數累計應達 90 天以上(註 4)				
納稅狀況		經稅捐稽徵機關核定使用機構者之同一申報戶最近一年綜合所得稅申報資料(第 1 項至第 3 項均勾選者，始符合補助條件)	請勾選(可複選): 1. 累進稅率未達 20% 者，請勾選核定之稅率： ☐ 依法免辦理申報者 ☐ 稅率 0(指核定所得淨額為 0 者) ☐ 稅率 5% ☐ 稅率 12% 2. ☐ 股利及盈餘合計金額併入綜	

項目		內容
		合所得總額合併計稅者 3. ☐ 未課徵基本稅額者
	檢附文件影本各 1 式 1 份	請勾選： 1. ☐ 使用機構者身分證 2. ☐ 申請人身分證(申請人若為機構簽約人時則需附) 3. ☐ 入住機構契約書 4. ☐ 繳費收據(或繳費證明) 5. ☐ 申請人(或使用機構者)本人存摺 6. ☐ 縣市政府通知付費函(依兒童及少年福利與權益保障法委託安置者)
請領補助狀況	111 年度曾請領住宿式服務機構使用者補助費用	請勾選： 1. ☐ 是 2. ☐ 否
	111 年度曾經或已經請領身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用	請勾選： 1. ☐ 是 2. ☐ 否
	1. 本年度曾經或已經依身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助辦法第 2 條規定領取補助、領有中低收入失能老人機構公費安置費補助、領有身心障礙手冊/證明之兒童及少年，經主管機關依兒童及少年福利與權益保障法安置於兒童及少年福利機構，且家長未付費者、輔導會所屬榮民之家之安養床、失能養護床公費及失智養護床公費使用者、輔導會所屬醫療機構附設護理之家收住之公務預算補助住民，本案不予補助。 2. 領取本方案補助後，當年度不得再申請本點第一項各款(除依法安置之兒少外)費用補助。	
匯款資料 (註 5)	存款人(申請人或使用機構者本人)姓名	
	金融機構全銜 (含分行名稱)	
	存款種類	(請檢附影本, 勿黏貼)
	帳戶號碼	

項目	內容
	若申請人為使用機構者本人時，惟使用機構者本人確無金融帳戶，可簽具委託書委託本補助費用以匯款方式發放至受委託人金融帳戶，惟申請人另需檢附以下文件： 1. ☐使用機構者(即委託人)於 111 年 1 月 1 日起至 111 年 12 月 31 日期間，實際入住機構天數累計達 90 天以上，由受託人付費之足資證明文件影本。 2. ☐使用機構者(即委託人)簽具之委託書正本。 3. ☐受委託人存摺影本。 4. ☐受委託人與使用機構者(即委託人)之親屬等相關關係之證明影本。
申請人簽名或蓋章： 申請日期： 年 月 日	

身分證正面影本黏貼處(使用機構者)

身分證反面影本黏貼處(使用機構者)

申請人若為機構簽約人時則需附申請人身分證：

身分證正面影本黏貼處(申請人)

身分證反面影本黏貼處(申請人)