

臺南市醫療補助申請表 (二)

一、全家人口及收入狀況：

稱謂	姓名	性別	出生			足齡	職業	收入項目(全年)(元)					
	身分證字號		年	月	日			工作收入		利息收入	動產與不動產收益	其他收入	小計
								實際收入	規定收入				
申請人													

(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：_____

二、審核結果：請依國稅局、稅捐稽徵單位提供財稅資料或實際調查資料填寫

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	
區公所調查結果	<input type="checkbox"/> 1. 符合家庭總收入平均未達當年度本市每人每月最低生活費標準 1.5 倍者，且家庭財產未逾本市當年度公告中低收入戶標準之 1.2 倍者。 <input type="checkbox"/> 2. 不符合 <input type="checkbox"/> 家庭總收入平均已達當年度本市每人每月最低生活費標準 1.5 倍以上者。 <input type="checkbox"/> 家庭財產超過本市當年度公告中低收入戶標準之 1.2 倍以上者。 調查人員核章： 承辦人核章：		