|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **臺東縣政府身心障礙者日間照顧及住宿式照顧補助申請書 106年1月起適用** | | | | | | | | |
| 申請日期： 年 月 日(公所填寫收案日) | | | 應備文件備齊日： 年 月 日 (社會處填寫) | | | | | |
| 申請人姓名： | | | 身分證統一編號： | | | | | 出生日期：  年 月 日 |
| 其他資格  (社會處填寫) | □身障者年滿30歲以上 □身障者年滿20歲且父母一方年逾65歲  □一般(未滿30歲者) □家中人口中有二名身障者(其中一名已接受安置者) | | 申請人障別  (公所填寫) | | | □第 類 (持新制證明者)  □ 障 (持舊制手冊者)  □輕度 □中度 □重度 □極重度  重新鑑定日期： 年 月 日  有效期限： 年 月 日 | | |
| 申請人經濟狀況 | □低收入戶 □中低收入戶 □一般戶 □其他 | | | | | | | |
| 戶籍地址 |  | | | | | | | |
| 通訊地址  (公文送達地址) | □同戶籍地址 | | | | | | | |
| 連絡電話 | （日） （夜） （行動） | | | | | | | |
| 聯絡人姓名 |  | 與申請人關係： | | | | | 連絡電話： | |
| 入住機構名稱 (須為本府簽約機構) |  | | | | | | | |
| □日間照顧  □住宿式照顧(全日型) | | | | □預計進住日 年 月 日  □已入住： 年 月 日 | | | |
| 應備文件  （請勾選確認，文件以A4紙張列印、不須裁切） | □1.身心障礙手冊或身心障礙證明正本及國民身分證正本；十四歲以下者得檢附戶口名簿，均於驗畢後發還。  □2.家庭應列計人口表。  □3. 3個月內醫院體檢表(含胸部X光、B型肝炎、梅毒、愛滋病等法定傳染病檢查項目。安置於護理之家者，如有插管（含氣切管、鼻胃管、導尿管），須檢附醫師診斷證明書。  □4.身心障礙者需求評估結果報告。(101年7月11日起新鑑定、重新鑑定者)  □5.符合「精神病患照顧體系權責劃分建議表」第五、六類慢性化、穩定化之精神障礙者，需檢附身心障礙鑑定醫療機構精神科診斷證明書。  □6.機構收容同意書或入住證明。(須註明入住日期)。  □7.低收入戶證明  □8.其他： | | | | | | | |
| **【注意事項】**  **1.務請確實填寫申請表所列各欄位，所檢附資料僅用於本補助審查作業，社會處將依個人資料保護法妥善管理。**  **2.申請人應持有本縣核（換）發或註記之身心障礙手冊、設籍且實際居住於臺東縣內。**  **3.申請人如領有政府其他補助應確實填寫，若未按實填寫致產生溢領者，須依法繳回。**  **3.申請人應為本人，本人無法申請時由其法定代理人、戶長或家屬代為申請，機構相關人員不得擔任代理人。**  **4.受補助人如有戶籍遷出、死亡、離開收托機構等情形之一時，應主動通知本府社會處。**  **※本人（代理人）已詳閱本表並確實填寫（提供）上述資料無誤，如有不實，除停止本補助外，已撥付之款項應全數繳回，如涉及不法者，依法辦理。**  **※未成年之申請人，請由父母雙方(監護人)共同代理。本人（代理人）： （簽名或蓋章）** | | | | | | | | |
| **公所承辦人** | | | | **業務單位主管** | | | | |
|  | | | |  | | | | |

**家庭應列計人口確認表（**包含1.配偶。2.直系血親一等親，含父母、子女（已婚、未婚者皆須檢附）。3.同一戶籍或共同生活之其他直系血親及兄弟姊妹(係未滿16歲或25歲以下仍在國內就學且非空中大學、大學院校以上進修學校、在職班、學分班、僅於夜間或假日上課、遠距教學等學校之兄弟姊妹需檢附當年度學生證正反面影本)4.前三款以

外，認列綜合所得稅扶養親屬免稅額之納稅義務人，稱謂欄註明扶養]

|  |
| --- |
| 臺 東 縣 政 府 社 會 處 審 查 註 記 初審日期： 年 月 日 |
| 具領津貼及核發月份註記。  □老農漁福利津貼 月□原住民生活津貼 月□老人基本保證年金 月  □身障年金 月□身障生活津貼 月 □低收/中低收/中低：身障/老人津貼 月  □其他： |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 稱謂 | 姓名 | 身分證字號 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**切 結 書**

本人為申請身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助需要，保證遵守並符合以下相關規定，若有不實，願負一切法律責任，並繳回已領之補助款項。

□老年基本保證年金

□身心障礙基本保證年金

□原 住 民 給 付

□老農魚福利津貼

本人領有以下國民年金給付 ，並確知下列事項：

1. 身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助，與前開國民年金給付僅能擇一領取。
2. 提出申請後之審查期間可能將暫停或減額發給國民年金給付。
3. 申請身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助之審核期間如仍領有國民年金給付，審核通過後如欲追溯申請當日起身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用，應繳還審核期間已領之國民年金給付。
4. 如有重複領取身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助與國民年金給付情形者，由臺東縣政府社會局以書面命本人自事實發生之日起60日內擇一繳還；屆期未繳還者，臺東縣政府社會處依法將溢領之身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助移送行政執行。

立切結書人（或代理人）： （簽名或蓋章）

身分證統一編號：

中 華 民 國 　 　年 　 　月 　　日