

# 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

108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)	<input type="checkbox"/> 身障者年滿30歲以上 <input type="checkbox"/> 身障者年滿20歲且父母一方年逾65歲 <input type="checkbox"/> 一般(未滿30歲者) <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 第_____類(持新制證明者) <input type="checkbox"/> _____障(持舊制手冊者) <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 其他		
戶籍地址			
通訊地址 (公文送達地址)	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 日間照顧 <input type="checkbox"/> 住宿式照顧(全日型)		
	<input type="checkbox"/> 預計進住日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 1. 未入住者須檢附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；申請前已入住者得檢附(申請日前)一年內體檢表。 <input type="checkbox"/> 2. 身心障礙者需求評估結果報告。(101年7月11日起新制鑑定、重新鑑定者) <input type="checkbox"/> 3. 「精神病患照顧體系權責劃分建議表」：符合該建議表第五、六類慢性化、穩定化之精神障礙者須檢附。(第1類編碼12者須提供) <input type="checkbox"/> 4. 機構收容同意書或入住證明。(須註明入住或預定入住日期及使用福利情形)。如有申請衛生局喘息服務或身障臨時及短期照顧者，應檢附核定函影本。 <input type="checkbox"/> 5. 其他：_____		
<b>【注意事項】</b> 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；若申請人為入住機構相關人員須檢附委託書，若無法檢附委託書，須檢附「身心障礙者生涯轉銜計畫」並說明原因。 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。			
本人(代理人)： 關係/ _____ (簽名或蓋章)		※未成年之申請人，請由父母雙方(監護人)共同代理。	
里辦公處 / 公所承辦人		業務單位主管	