

新北市林口區公所辦理全區市民住院醫療補助及緊急救助申請暨切結書

日期： 年 月 日

申請救助項目	<p>醫療補助</p> <input type="checkbox"/> 患者住院連續達(含急診留觀期間) <u>七天以上</u> 或 <input type="checkbox"/> 住院(含急診留觀期間)未達 7 天以上，醫療費用收據自付額不含(自費病房升等、假牙及醫美整型等非必要項目費用)達新臺幣(以下同) <u>一萬元以上</u> <p>緊急救助</p> <input type="checkbox"/> 負擔家庭主要生計責任者，失業、失蹤、應徵集召集入營服兵役或替代役現役、入獄服刑、因案羈押、依法拘禁或其他原因，無法工作致生活陷於困境者 <input type="checkbox"/> 其他遭遇重大變故，致生活陷於困境，經本所里幹事訪視評估，認定確有救助需要				
申請條件	<p>一、設籍要件：事實發生日起往前推算<u>設籍滿一年以上</u>，並為連續設籍。 二、申請期限：申請本補助或救助，應於<u>事實發生日起三個月內</u>，向本所提出申請，逾期視同放棄本項權益。<u>每人每年申請一次為限。</u></p>				
申請人姓名 (簽名/蓋章)		出生日期	年 月 日	身分證字號	
聯絡電話		福利 身分別	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 弱勢兒少 <input type="checkbox"/> 中低老人 <input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 榮民 <input type="checkbox"/> 其他_____		
申請人戶籍地	新北市林口區____里____鄰____路(街)____段____巷____弄____號____樓				
申請人居住地					
受委託人姓名 (簽名/蓋章)		關係		聯絡電話	
受委託人地址					
急難事由概述					
<p>本人因上述急難事實，致生活陷於困難。同一事由<input type="checkbox"/>無領取<input type="checkbox"/>有領取其他相關補助或保險給付_____ (名稱)共計新臺幣_____元。除已閱讀並了解本申請表各節，並保證上述所填各項資料及所附文件均為真實，並知悉提供不實資料及違反相關法令之後果，若有可歸責於己之事由，除繳回所領金額並自負一切法律責任。(如為受委託人代填，亦已將表內事項詳告申請人)。本人<input type="checkbox"/>同意<input type="checkbox"/>不同意因申辦需要，由業務單位代為查調戶籍、財稅等相關資料。(茲因本人<input type="checkbox"/>行動不便 <input type="checkbox"/>工作 <input type="checkbox"/>其他：()無法親自辦理：申請新北市林口區公所辦理全區住院醫療及緊急救助金，特委託申辦，如有虛偽，願負法律責任。</p> <p>立切結書人簽章：_____ 受委託人簽章：_____ 日期：____年____月____日</p> <p>*申請人若未成年，應由父母雙方共同代理(需檢附父母雙方身分證)，或由監護人代理(需檢附身分證)。</p> <p>代理人簽章：父_____ 母_____ 其他(監護人)_____</p>					
應備資料 (由申請者自行檢附並勾選)	<input type="checkbox"/> 領款收據 <input type="checkbox"/> 身分證影本、印章(申請人、受委託人) <input type="checkbox"/> 金融機構存摺影本(帳號及戶名務必要清楚) <input type="checkbox"/> 診斷證明書 <input type="checkbox"/> 醫藥費收據(共計新台幣：_____元整) <input type="checkbox"/> 其他必要證明文件(請註明)：_____				
訪視人員意見	訪視人員簽章：_____				
審核意見	1. <input type="checkbox"/> 合於救助規定，擬發放補助(救助)金新臺幣_____元整。 2. <input type="checkbox"/> 因_____，不合於救助規定，擬不予發放。				
<p>依據公職人員利益衝突迴避法規定，倘申請(者)單位負責人為前揭法規第 2 條及第 3 條所稱之公職人員或其關係人申請前主動據實表明其身分關係。</p>					

領款收據

茲領到新北市林口區公所核發之「新北市林口區公所辦理
全區市民住院醫療及緊急救助金」，計新臺幣
萬 仟元整。

此 致
新北市林口區公所

具 領 人： (蓋 章)

身分證字號：

電 話：

住 址：

中 華 民 國 年 月 日

裁切線

裁切線

領款收據

茲領到新北市林口區公所核發之「新北市林口區公所辦理
全區市民住院醫療及緊急救助金」，計新臺幣
萬 仟元整。

此 致
新北市林口區公所

具 領 人： (蓋 章)

身分證字號：

電 話：

住 址：

中 華 民 國 年 月 日

裁切線

委 託 書

茲因本人 行動不便 工作 其他：()

無法親自辦理：申請新北市林口區公所辦理全區住院醫療及緊急救助金，特委託 _____ 代為申辦，如有虛偽，願負法律責任。

此致

新北市林口區公所

委託人姓名： _____ (簽名)

身分證統號： _____

地址： _____

電話： _____

受委託人姓名： _____ (簽名)

身分證統號： _____

地址： _____

電話： _____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日