

高雄市政府社會局辦理身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助申請表

※同意授權書：同意將個人資料提供給他人使用（如寺廟、慈善會、社團、研究單位）使用 不同意

| | | | | | | | |
|------------------|---|---|--|---|--|-------------------|--|
| 申請身心障礙者 | | | | 檢 附 證 件 | | | |
| | | | | 申請日期（備齊）： 年 月 日 | | | |
| 姓 名 | 年 齡 | 障 別 | 等 級 | 1. 本人及代辦人身分證正反面影本。 2. 25 歲以下就讀日間部之兄弟姊妹及認列綜合所得稅扶養親屬免稅額之納稅義務人戶籍謄本（應計人口）。 3. 其他應備資料（如 15 歲以上日間部在學學生證正反面影本、月退休資料等） 4. 診斷證明書（精神障礙者或申請進住護理之家有插管者需檢附） | | | |
| | | | | | | | |
| 身 份 證 字 號 | | 出 生 年 月 日 | | | | ____年 ____月 ____日 | |
| 戶 籍 地 址 | | 高雄市 ____區 ____里 ____路(街) ____段 ____巷 ____弄 ____號 | | | | | |
| 通 訊 地 址 | | 高雄市 ____區 ____里 ____路(街) ____段 ____巷 ____弄 ____號 | | | | | |
| 委 託 書 | | 本人____因無法親自辦理申請手續特委託____持相關文件代為辦理。 受委託人(聯絡人)： (簽章) 受委託人身分證字號： 聯絡電話： 委託人與受託人關係： 聯絡地址： | | | | | |
| 擬 入 住 機 構 名 稱 | | | | | | | |
| 調 查 結 果 | *同意授權書及切結書： 1、本人確實生有____子____女，有關所檢附家庭應計人口及收入狀況均屬實，倘有隱瞞或不實者，本人願意負偽造文書及冒領公款等法律責任，並繳回所有之補助款。 2、已確實告知家中是否有人領有榮民院外就養金及領軍公教月退休者。 3、本人同意或授權主管機關如有審核之必要，可（協助）查調本人及家屬戶籍、財產、所得、稅籍及勞保投保等相關資料。 4、本人已確知戶籍遷出、入監、未在國內住超過183天、身障手冊(證明)未後續鑑定、參加職訓或領取其他政府津貼等均會喪失領取本項補助資格。 申請人（簽名或蓋章）： 代辦人或監護權人（簽名或蓋章）： | | | | | | |
| 屬 性 | <input type="checkbox"/> 住宿式照顧 <input type="checkbox"/> 日間照顧 <input type="checkbox"/> 早期療育 | | | | | | |
| 補 助 額 度 | 表 1（一般對象） | | 表 2、3（ <input type="checkbox"/> 年滿 30 歲、 <input type="checkbox"/> 年滿 20 歲其父母一方年滿 65 歲以上、 <input type="checkbox"/> 家中有二名以上身心障礙者） | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 全額（100%）補助 <input type="checkbox"/> 補助 75% <input type="checkbox"/> 補助 50% <input type="checkbox"/> 補助 25% <input type="checkbox"/> 不予補助 | | <input type="checkbox"/> 全額（100%） <input type="checkbox"/> 補助 85% <input type="checkbox"/> 補助 70% <input type="checkbox"/> 補助 60% <input type="checkbox"/> 補助 50% <input type="checkbox"/> 補助 40% | | | | |
| 區公所 | 里核章 幹事 | | | | | | |

※「聯絡人」欄位請務必填寫（請勿填寫本人），以利機構後續聯繫進住安置相關事宜。

※填寫安置機構前，請民眾先行確認機構安置可行性、是否仍有空床……等等。

轉安置申請書

_____君 身分證字號_____ 領有身心障礙證明(手冊)，障礙類別：_____ 障礙等級：_____，原接受貴局補助至

_____ 養護之家(中心)

_____ 護理之家(中心) 接受養護服務，因故須於 _____ 年 _____ 月 _____ 日
長期照顧中心

_____ 養護之家(中心)

_____ 護理之家(中心) 繼續接受接受養護服務，請惠予辦理轉安置
長期照顧中心

手續。

此致

高雄市政府社會局 身心障礙福利科

申請人： _____ (簽章) 與身障者的關係：

電話：

地址：

申請日期：