

彰化縣田中鎮急難救助/慰問金 申請表

憑證編號：		預算科目：代收款社會救濟	
申請人資料	姓名：		電話：
			手機：
	戶籍地址	彰化縣田中鎮 _____ 村 _____ 里 _____ 鄰 _____ 街(路) _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓之 _____	
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上 _____ 村 _____ 里 _____ 鄰 _____ 街(路) 縣(市) _____ 鎮(鄉、區) _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓之 _____	
福利別	<input type="checkbox"/> 低收入戶(附證明) <input type="checkbox"/> 中低收入戶(附證明) <input type="checkbox"/> 一般戶(附里辦公處開立清寒證明) <input type="checkbox"/> 具其他資格(附 _____ 證明)		
申請原因及證明文件 (3個月內提出)	<input type="checkbox"/> 醫療費用無力負擔，致生活陷困 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本或戶口名簿 <input type="checkbox"/> 診斷證明書 <input type="checkbox"/> 醫療費用收據(正本)(需金額達3,000元以上) <input type="checkbox"/> 其他 _____		<input type="checkbox"/> 主要生計責任者因故無法工作致生活陷於困境者 <input type="checkbox"/> 其他因遭遇重大變故，致生活陷於困境 <input type="checkbox"/> 慰問金
	<input type="checkbox"/> 喪葬費用無力負擔 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本或戶口名簿 <input type="checkbox"/> 死亡證明書 亡者姓名： 與申請人關係： <input type="checkbox"/> 其他 _____		<input type="checkbox"/> 生活陷困事由證明文件 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本或戶口名簿 <input type="checkbox"/> 戶內有身障者應附身障手冊 <input type="checkbox"/> 懷胎期間不宜工作婦女者附診斷證明書 <input type="checkbox"/> 其他證明文件：
急難慰問事由			
切結證明 以虛偽不實之事實或文件申請救助，經調查屬實者，應繳回已發給之急難救助金，並追究法律責任。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">申請人簽章： _____ (年 月 日)</div>			
里幹事核章		審核結果	<input type="checkbox"/> 不符合退件 原因： _____ <input type="checkbox"/> 擬依本辦法第4條核發標準，救助-新台幣 _____ 元 <input type="checkbox"/> 擬依本辦法第5條核發標準，慰問金-新台幣勾選如下 <input type="checkbox"/> 低收入 _____ (最高5000元) <input type="checkbox"/> 中低收 _____ (最高3000元) <input type="checkbox"/> 一般戶 _____ (最高2000元)
承辦人：		財政課長：	主任秘書：
課 長：		主計主任：	鎮 長：

