

臺東縣身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助申請表 113年08月01日起適用

公所收件日： 年 月 日 (公所填寫)		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：	出生年月日	年 月 日
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	*若有領取補助請填寫名稱 (公所填寫) 是否領有其他補助款： ☐ 是： ☐ 否
申請人身分	☐ 低收入戶 ☐ 中低收入戶 ☐ 一般戶 ☐ 其他		
戶籍地址			
公文送達處所	☐ 同戶籍地址； ☐ 居住地址；_____ ☐ 其他_____		
聯絡人姓名：	與申請人關係：	聯絡電話：	
其他資格 (請主動勾選)	☐ 身障者年滿30歲以上 ☐ 身障者成年且父母一方年逾65歲 ☐ 家庭中人口有2名以上身障者 (檢附身心障礙證明文件影本)		
入住機構名稱 (須為本府 簽約機構)	☐ 日間式 ☐ 住宿式 ☐ 夜間式 ☐ 預計進住日 年 月 日 (十天內) ☐ 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)若提供影本請蓋與正本相符及私章。	☐ 1. 身心障礙證明文件影本。領有身心障礙證明者，另需檢附身心障礙需求評估核定公文(如尚未取得，請檢附本府 ICF 需求評估申請表)。 ☐ 2. 機構收容同意書(請使用本府表格，須註明入住或預定入住日期及使用福利情形)。 ☐ 3. 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。 ☐ 4. 「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) ☐ 5. 其他證明文件。		
【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，社會局將依個人資料保護法妥善管理。 2. 依身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助辦法第2條相關規定，設籍且實際居住於臺東縣內，並持有本縣核(換)發或註記之身心障礙證明。 3. 補助起日為公所收件日或入住機構日較晚者；若資料不齊全，補助日以文件備齊日。 4. 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。 5. 本人(代理人)同意社會處得查調相關戶籍、最近年度財稅等資料審核，並得寄送相關福利資訊或簡章。 6. 本人(代理人)所填資料及所附文件均為真實無誤，並已詳閱本表且確實填寫，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。 ※請詳閱以上注意事項後，於下方簽名確認 本人(代理人)：_____ (簽名蓋章) ※未成年申請人，請由父母、監護人擔任代理人。			
里辦公處/公所承辦人		業務單位主管	

◎本項補助須審查家戶人口如下，請詳實填寫：

1. **配偶。**
2. **一親等之直系血親**(父母、子女)。
3. 同一戶籍或共同生活之**其他直系血親**(如孫子女、外孫子女等)。
4. 認列綜合所得稅扶養親屬免稅額之**納稅義務人**。
5. 兄弟姊妹列計資格：同一戶籍或共同生活未滿16歲者，因身心障礙者致不能工作者，或16歲以上25歲以下仍在國內就學者(非屬空中大學、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、遠距教學之學校者)(本項須檢附學生證影本或身障證明影本)。

[illegible]

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。

本人領有以下給付或相關補助，並確知下列事項：

- ☐ 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(漁)津貼
- ☐ 身障生活津貼
- ☐ 低收、中低收、中低身障、中低老人津貼

- 一、領有身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助，與前開給付或相關補助僅能擇一領取。
- 二、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前開給付或相關補助，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給付或相關補助。

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

.....
附註：依據內政部101年4月13日台內社字第1010154279號函辦理。