

社團法人臺南市三清功德會

急難扶助金申請表

案號：

申請日期： 年 月 日

一、申請人基本資料

姓名		身分證 字號：		照片 (非必備， 請浮貼)
出生日	民國 年 月 日 ()歲	聯絡人/關係		
戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
申請人電話			手機號碼	
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 離異 <input type="checkbox"/> 喪偶；子女_____人			
經濟來源	<input type="checkbox"/> 就業中 <input type="checkbox"/> 政府補助 <input type="checkbox"/> 父母扶養 <input type="checkbox"/> 子女提供 <input type="checkbox"/> 親友提供 <input type="checkbox"/> 其他_____			
就業情形	1. <input type="checkbox"/> 未就業，原因： <input type="checkbox"/> 未達就業年齡 <input type="checkbox"/> 年邁無法工作 <input type="checkbox"/> 因疾病無工作能力 <input type="checkbox"/> 無工作技能 <input type="checkbox"/> 缺乏工作機會 <input type="checkbox"/> 無工作意願 <input type="checkbox"/> 其他_____			
	2. <input type="checkbox"/> 就業中： <input type="checkbox"/> 正職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 臨時工。任職單位：_____薪資：_____			
保險	(可複選) <input type="checkbox"/> 全民健保 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 公保 <input type="checkbox"/> 農保 <input type="checkbox"/> 軍保 <input type="checkbox"/> 福保 <input type="checkbox"/> 商業保險 <input type="checkbox"/> 其他_____			
福利類別	<input type="checkbox"/> 低收入戶_____款 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 清寒證明 <input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 其他_____			
申請管道	<input type="checkbox"/> 自行申請 <input type="checkbox"/> 單位轉介：_____ 連絡人及電話：_____			

二、家居狀況

與家人同住或與親友同居(請依戶口謄本內成員，在下例表格中填寫詳細資料)

獨居戶 醫療機構 其他(例如安置機構、無固定住所)_____

稱謂	姓名	婚姻	年齡	存歿	健康狀況			就學/就業情形	薪資
					正常	疾病名稱	手冊類別		
					<input type="checkbox"/>				
					<input type="checkbox"/>				
					<input type="checkbox"/>				
					<input type="checkbox"/>				
					<input type="checkbox"/>				
					<input type="checkbox"/>				
					<input type="checkbox"/>				
					<input type="checkbox"/>				

三、本年度(或截至申請日期為止1年內)案家全戶申請獲得之補助狀況(請詳列補助項目與金額)

<input type="checkbox"/> 低收入戶生活補助	第_____款(類)，每月補助金額_____元 <input type="checkbox"/> 申請(審核)中		
<input type="checkbox"/> 身心障礙生活補助	金額：	<input type="checkbox"/> 老人相關補助	金額：
<input type="checkbox"/> 弱勢兒少生活補助	金額：	<input type="checkbox"/> 政府或民間急難救助	金額：
<input type="checkbox"/> 特境婦女生活補助	金額：	<input type="checkbox"/> 其他相關資源	金額：

四、住屋狀況：建坪 坪，屋齡 年(屋型：公寓 透天厝 鐵皮屋 其他 _____)
住屋所屬：自有(房貸：繳清 月付：\$ _____元) 配住 違建
租賃(月租：\$ _____元) 借住(與屋主關係 _____)

五、請簡述申請原因:

案主發生狀況前是否有工作?收入多少?案主目前因為什麼狀況(疾病)、(意外)…等無法工作?

六、檢附相關資料：(限檢附當年度或六個月內憑證)

- 全戶戶口謄本正本(記事不省略) 前一年度綜合所得稅資料清單(全戶滿16歲人口皆需附上)
縣、市政府核發有效期間內，中/低收入戶證明 身心障礙手冊影本
鄉(鎮)(區)公所或村、里長清寒證明 醫療院所診斷書 住院或就醫收據
全戶之動產、不動產資料清單 身分證影本 存摺影本
其他收據或證明文件(請註明 _____)

七、本人已詳閱並同意授權 貴團得根據本人所填上述及所附資料僅用於急難救助業務執行之使用，並得以書面或電話向相關戶政、社政、社福、警政單位及醫療、安養院所查詢個人及戶內人口申請及獲得補助狀況，且已確認本表所填各項內容均屬實、應備文件已備齊，未有虛偽不實及偽造、變造證明文件等情事，否則願自負全責，及無條件放棄獲補助資格。

本補助款，將於年底依稅法規定開立免扣繳憑單予受款人申報個人綜合所得稅。

申請人於申請時，所檢附相關資料將不歸還。

申請人同意簽名及蓋章： _____