

編號：

彰化縣辦理住宿式機構使用者補助方案申請確認單

申請人：_____ (同機構使用者) 機構使用者：_____ (已歿)

送件者/送件機構：_____

<input type="checkbox"/> 初審文件資料完整齊備	備註
<input type="checkbox"/> 初審尚未齊備，需補以下文件： <input type="checkbox"/> 申請人/使用機構者之身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 入住機構契約書影本 <input type="checkbox"/> 繳費收據(或證明)影本 <input type="checkbox"/> 存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 死亡證明書影本或除戶謄本影本 <input type="checkbox"/> 委託及授權書 <u>缺件者請於5日內補正，逾期未補正者將退件，請備齊文件重新檢送。</u>	_____月_____日補件完成。

衛生局填寫：日期：_____ 收件者：_____ 覆核：_____

申請人收執聯

編號：

彰化縣辦理住宿式機構使用者補助方案申請確認單

申請人：_____ (同機構使用者) 機構使用者：_____ (已歿)

<input type="checkbox"/> 初審文件資料完整齊備	注意事項
<input type="checkbox"/> 初審尚未齊備，需補以下文件： <input type="checkbox"/> 申請人/使用機構者之身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 入住機構契約書影本 <input type="checkbox"/> 繳費收據(或證明)影本 <input type="checkbox"/> 存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 死亡證明書影本或除戶謄本影本 <input type="checkbox"/> 委託及授權書 <u>缺件者請於_____月_____日前(送件次日5日內)補件，逾期未補正者將退件，請備齊文件重新檢送。</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 補助費用以衛生局審核金額為主，如審核通過，將撥款至您提供的帳戶中。 2. 受補助期間不得同時重複申請： (1) 榮民之家安養床、失能養護床及失智養護床等公費使用者。 (2) 依兒童及少年福利與權益保障法委託安置且領有身心障礙手冊 證明者入住兒童及少年安置及教養機構其家長未付費者。 (3) 領有中低收入失能老人機構公費安置費補助者 (4) 身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用。 3. 違反前述規定應繳回補助金額。 4. 申請人及受補助人資格如有異動且影響補助資格時，須於 10 日內 主動告知承辦窗口，以免影響自身權益。

日期：_____