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：**

|  |  |
| --- | --- |
| **□初審文件資料完整齊備** | **備註** |
| **□初審尚未齊備，需補以下文件：**  □申請人/使用機構者之身分證正反面影本  □入住機構契約書影本  □6個月份繳費收據(或證明)影本  □存摺封面影本  □死亡證明書影本或除戶謄本影本  □委託及授權書  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。 | 月 日補件完成。  □既有住民/□112年新入住住民  □長照失能等級 級  □身心障礙證明中、重度以上  入住天數：  □滿180天  □未滿180天，核算 個月 |

**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)**

|  |  |
| --- | --- |
| **□初審文件資料完整齊備** | **注意事項**  1.補助費用以衛生局審核金額為主，如審核通過，將以簡訊通知並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。 |
| **□初審尚未齊備，需補以下文件：**  □申請人/使用機構者之身分證正反面影本  □入住機構契約書影本  □6個月份繳費收據(或證明)影本  □存摺封面影本  □死亡證明書影本或除戶謄本影本  □委託及授權書  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。 |

**日期：**