

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	_____月_____日補件完成
<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"/> 6個月份繳費收據(或證明)影本 <input type="checkbox"/> 存摺封面影本(非申請人/使用機構者，另附受款人身分證正反面影本、匯款同意書) <input type="checkbox"/> 長照失能等級/身心障礙證明 <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、切結書 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。	<input type="checkbox"/> 112/01/01 前入住住民 <input type="checkbox"/> _____年新入住住民 <input type="checkbox"/> 長照失能等級_____級 <input type="checkbox"/> 身心障礙等級_____度 入住天數： <input type="checkbox"/> 滿 180 天 <input type="checkbox"/> 未滿 180 天，核算_____個月 <input type="checkbox"/> 符合：補助金額_____元 <input type="checkbox"/> 不符合：_____

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 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 <u>10 日內</u> 主動告知承辦窗口，以免影響自身權益。
<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"/> 6個月份繳費收據(或證明)影本 <input type="checkbox"/> 存摺封面影本(非申請人/使用機構者，另附受款人身分證正反面影本、匯款同意書) <input type="checkbox"/> 存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 長照失能等級/身心障礙證明 <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、切結書 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：_____