

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	<b>注意事項</b> 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：