

屏東縣身心障礙者托育養護費用補助申請表

申請人：_____ (蓋章) 與案主關係：_____ 公所訪查人員：_____

身份證字號：_____ 申請日期：_____年_____月_____日

身心障礙者(案主)姓名/姓別：_____ / _____	身份證字號：_____
身心障礙類別/等級：_____ / _____	電 話：_____
出生日期：_____年_____月_____日_____歲	戶籍地址：_____
申請項目： <input type="checkbox"/> 住宿養護 <input type="checkbox"/> 日間托育	是否為列冊低收入戶： <input type="checkbox"/> 是，第_____款 <input type="checkbox"/> 否
案主是否為無生活自理能力，家中乏人照顧者 <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 (請公所派員前往實地訪查)	

在沒有人或工具幫助的情形下，身心障礙者無法完成下列哪些活動：

吃飯 上/下床 室內/外走動 穿衣服 洗澡 上廁所 目前有聘看護照顧案主安置之意願： 願意接受縣府社會處安排 家屬有自行找到安置機構(名稱)：_____

已安置在機構(名稱)：_____

檢附證件：(請勾選)

申請表 身心障礙手冊正反面影本 低收入戶證明書 最近三個月內全戶戶籍謄本

收容機構證明或報告 財稅資料(非低收入戶者需檢討) 其他：_____

注意事項

一、托育養護補助費用以每人每月補助額度計算：低收入戶身心障礙者依障礙類別等級予以全額補助，非低收入戶者需自行負擔自負額費用並向機構按月繳納。補助費用由縣府按季撥付予收容機構。

二、托育養護補助額度依內政部托育養護補助標準表辦理。另機構所需之耗材費用及需自行負擔之額外費用請家屬自行負擔。

三、家屬若積欠機構費用者由各機構依相關合約內容予以辦理退院或依法追討費用。

四、若經縣府核定補助者，請公所承辦人務必告知家屬並停撥核准當月之生活補助等相關費用。

五、本申請表除縣府審核欄外，其餘各欄務請詳填，填寫未完整者將請補正再送核。

六、申請人或案主需同意本府向國稅局或稅捐稽徵處查詢所得及財產等相關資料，絕無異議。

公所初審	初審意見	全家每月總收入：當年度全戶每月最低基本生活費用 = _____ : _____ = _____ : 1	核 章 處	承辦人	
		<input type="checkbox"/> 符合補助規定： 補助類別： <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特殊(家中有2名以上身障者) <input type="checkbox"/> 特殊(年滿30歲，或年滿20歲其父母一方年滿65歲以上)		課 長	
		補助額度： <input type="checkbox"/> 全額，每月_____元 <input type="checkbox"/> _____%，每月_____元		鄉(鎮、市)長	
		<input type="checkbox"/> 不符合補助規定：家庭平均每月收入超過最低基本生活費用標準_____倍			

縣府審核	審核意見	全家每月總收入：當年度全戶每月最低基本生活費用 = _____ : _____ = _____ : 1			
		<input type="checkbox"/> 符合補助規定： 補助類別： <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特殊(家中有2名以上身障者) <input type="checkbox"/> 特殊(年滿30歲，或年滿20歲其父母一方年滿65歲以上)			
		補助額度： <input type="checkbox"/> 全額，每月_____元 <input type="checkbox"/> _____%，每月_____元			
		收容養護機構：_____			
		<input type="checkbox"/> 不符合補助規定：家庭平均每月收入超過最低基本生活費用標準_____倍			
		<input type="checkbox"/> 無適合安置機構			

核章處	承辦人		處 長	
	科 長		縣 長	