

## 澎湖縣政府身心障礙者及老人監護或輔助宣告補助申請表

申請日期： 年 月 日

申請人姓名		身分證字號		與受補助人關係		簽章	
受補助人姓名		身分證字號		領有身障手冊或證明	<input type="checkbox"/> 是， 類別_____類 等級_____度 <input type="checkbox"/> 否	簽章	
戶籍地址						聯絡電話	
通訊地址							
<b>檢 附 證 件</b>	<input type="checkbox"/> 補助對象身分證正、反面影本 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊或身心障礙證明正、反面影本(無則免附) <input type="checkbox"/> 戶籍謄本或其他足以佐證聲請人及補助對象之親屬關係者。(申請人為受補助對象本人者免附) <input type="checkbox"/> 低收入戶、中低收入戶證明或領有生活補助費者之證明文件 <input type="checkbox"/> 法院行政規費收據 <input type="checkbox"/> 指定鑑定醫院收據 <input type="checkbox"/> 領據 <input type="checkbox"/> 郵局或金融機關存摺封面影本。 <input type="checkbox"/> 民間團體立案證明 <input type="checkbox"/> 切結書(民間團體申請者才需檢附)						
<b>備 註</b>	請於醫院鑑定後 6 個內檢附相關文件至澎湖縣政府社會處社會福利科申請補助。						