新竹縣身心障礙癱瘓者補助申請表

<table>
<tr><td>癱瘓者姓名</td><td></td><td>身心障礙類別</td><td></td><td colspan="2">申請日期</td></tr>
<tr><td>身分證字號</td><td></td><td>身心障礙等級</td><td></td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>出生日期</td><td></td><td>申請人姓名</td><td></td><td rowspan="2">與癱瘓者關係</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>戶籍地址</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>聯絡地址</td><td colspan="2"></td><td>聯絡電話</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">檢附證件
(請勾填)</td><td colspan="2">□切結書
□身心障礙證明影本
□全戶戶籍謄本(最近3個月內)
□最近3個月內醫院診斷書
註：非植物人者，須註明「因疾病無法自行處理大小便」，或「因疾病導致移位及日常生活無法自理」。(敘明病名、病況與病狀)
□郵局存褶正面影本</td><td colspan="3" rowspan="3">一、有無安置社會福利機構
□無　□有(機構名稱：_____)
二、有無申領政府生活補助或津貼
□無
□有：□敬老福利津貼、老農津貼
□身心障礙生活補助
□國民年金之基本保障年金
□其他：
三、有無實際居住本縣
□無　□有
＊以上條件須無公費安置於機構、無領上述津貼及有實際居住本縣。</td></tr>
<tr><td>局　號</td><td>帳　號</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td>補助金額</td><td colspan="5">身心障礙癱瘓者與植物人每人每月核發<u>新臺幣2,000元</u>整，並於次月底核撥入身障者本人郵戶內。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">承轉單位
(鄉鎮市)
公所初核</td><td colspan="5">□符合補助規定　□不合規定，原因：</td></tr>
<tr><td>核
章</td><td>承 辦 人</td><td>課　　長</td><td colspan="2">鄉鎮市長</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">縣市政府
審核結果</td><td colspan="5">□符合補助規定　□不合規定，原因：</td></tr>
<tr><td>核
章</td><td>承 辦 人</td><td>科　　長</td><td colspan="2">處　　長</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>備註</td><td colspan="3"></td><td colspan="2">編　　號</td></tr>
</table>

備註		