**(機構名稱)** 年 月份 **身心障礙者短期照顧服務費印領清冊**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **身心障礙者****姓名** | **身份證字號** | **戶籍所在鄉鎮市** | **出生日期** | **障礙類別** | **障礙等級** | **入住日期** | **照顧服務員** | **入住日數** | **補助標準****(低收最高補助金額/非低收最高補助金額/低於補助金額依實際收費金額收費)** | **請領金額** | **備註** |
|  |  |  |  |  |  | **月 日** |  |  | **低收入戶** | **1,500元/日****\*申請者自付差額\_\_\_\_\_\_元/日****(依實際收費金額，有收取差額者填寫)** |  |  |
| **月 日** |  |
| **月 日** |  |
| **月 日** |  |
| **月 日** |  | **低於補助額度依實際收費金額收費：****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元/日** |
| **月 日** |  |
| **月 日** |  |
| **月 日** |  | **非低收入戶** | **1,050元/日****\*申請者自付差額\_\_\_\_\_\_元/日****(依實際收費金額，有收取差額者填寫)** |
| **月 日** |  |
| **月 日** |  |
| **月 日** |  |
| **月 日** |  | **低於補助額度依實際收費金額收費：****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元/日** |
| **月 日** |  |
| **月 日** |  |

 製表： 覆核： 院長/負責人：

 社會處承辦： 科長： 處長：

**收 據**

茲收到新竹縣政府委託 (本會/院/家/中心)辦理身心障礙者短期照顧服務 年 月份照顧服務費，共計新臺幣 元整，無誤。

**此 致**

**新竹縣政府**

**單位名稱：**

**地址：**

**電話：**

**統一編號：**

**單位戶名：**

**單位銀行：**

**單位帳號：**

**會計：**

**出納：**

**負責人：**

**中華民國 年 月 日**