

# 社團法人中華民國社會關懷協會 急難救助金申請表

案編：

申請日期： 年 月 日

|               |   |                                    |        |           |    |   |         |                     |   |  |  |
|---------------|---|------------------------------------|--------|-----------|----|---|---------|---------------------|---|--|--|
| 申請人           | 姓名  | 先生<br>女士                           | 匯款金融機構 | (申請人銀行帳號) | 地  | 縣   | 鄉鎮      | 村                   | 路   |  |  |
|               |   |                                    | 銀行     |           | 址  | 市   | 市區      | 里                   | 街   |  |  |
|               |   | 身分證統一編號                            |        | 分行        |    | 段   | 巷       | 弄                   | 號   |  |  |
|               |   |                                    |        | 戶名        |    | 住屋情形<br><input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 住所不定 <input type="checkbox"/> 租賃<br>(每月租金 元) |         |                     |   |  |  |
|               |   | <input type="checkbox"/> 需檢附匯款存摺影本 |        | 帳號:       |    | 轉介單位 承辦人姓名和電話   |         |                     |   |  |  |
| 家庭狀況          | 稱謂  | 姓名                                 | 年齡     | 健康情形      | 職業 | 每收  | 月入      | 轉介單位 蓋章 用印          |   |  |  |
|               |   |                                    |        |           |    |   |         |                     |   |  |  |
|               |   |                                    |        |           |    |   |         |                     |   |  |  |
|               |   |                                    |        |           |    |   |         |                     |   |  |  |
| (請簡述急難事由)     |   |                                    |        |           |    |   |         | (本會不接受個人申請，請檢附公所用印) |   |  |  |
|               |   |                                    |        |           |    |   |         |                     |   |  |  |
| 申請救助原因        | 一、 <input type="checkbox"/> 喪葬費用無力負擔(喪葬費用_____元)。<br>二、 <input type="checkbox"/> 醫療費用無力負擔(醫療費用_____元)。<br>三、 <input type="checkbox"/> 生活費用無著(原因)_____。<br>四、 <input type="checkbox"/> 其他_____。<br>(各項請詳填，並附收據及診斷書低收入身心障礙等證明文件)  |                                    |        |           |    |   |         | 保險及社會資源救助情形         | 一、保險：(傷病、死亡者之保險情形)<br>1 <input type="checkbox"/> 公保 2 <input type="checkbox"/> 勞保 3 <input type="checkbox"/> 農保 4 <input type="checkbox"/> 漁保<br>5 <input type="checkbox"/> 學保 6 <input type="checkbox"/> 軍榮保 7 <input type="checkbox"/> 國保 8 <input type="checkbox"/> 其他_____<br>9 <input type="checkbox"/> 保險給付_____元。            |  |  |
|               |   |                                    |        |           |    |   |         |                     | 二、社會資源救助：<br>1 <input type="checkbox"/> _____基金會救助_____元。<br>2 <input type="checkbox"/> _____宗教團體救助_____元。<br>3 <input type="checkbox"/> _____慈善團體救助_____元。<br>4 <input type="checkbox"/> _____學校團體救助_____元。<br>5 <input type="checkbox"/> 其他_____元。<br><br>三、賠償金：_____元 <input type="checkbox"/> 未獲賠償原因：_____。<br>(車禍等意外事故者，請務必詳填) |  |  |
| 鄉鎮(市區)公所救助情形  | 一、 <input type="checkbox"/> 核列低收入戶第_____款，每月生活扶助費共_____元。<br>二、 <input type="checkbox"/> 核予_____倍中低收入老人生活津貼，每月共_____元。<br><input type="checkbox"/> 核予身心障礙生活補助費每月_____元。<br><input type="checkbox"/> 不幸婦女 <input type="checkbox"/> 失依兒童、少年生活扶助_____元。<br><input type="checkbox"/> 托育津貼每月_____元。<br>三、 <input type="checkbox"/> 核發_____醫療補助_____元。<br>四、 <input type="checkbox"/> 轉介_____機關收容。<br>五、 <input type="checkbox"/> 市、縣(市)政府核發急難救助_____元。<br><input type="checkbox"/> 鄉鎮市區公所核發急難救助_____元。<br>六、 <input type="checkbox"/> 核予中低收入老人重病住院看護費用補助_____元。<br>七、 <input type="checkbox"/> 災害救助金核發_____元。<br>八、 <input type="checkbox"/> 其他：_____。 |                                    |        |           |    |   |         | 審查意見                | 一、本協會應予救助(協助)事項_____已錄辦。<br>二、本案 <input type="checkbox"/> 已獲_____元，<br><input type="checkbox"/> 全家月入_____元，擬暫緩救助。<br><input type="checkbox"/> _____費用負擔確有困難擬請救助。<br>核章：_____  |  |  |
|               |   |                                    |        |           |    |   |         |                     | 一、本協會應予救助(協助)事項_____已錄辦。<br>二、本案 <input type="checkbox"/> 已獲_____元，<br><input type="checkbox"/> 全家月入_____元，擬暫緩救助。<br><input type="checkbox"/> _____費用負擔確有困難擬請救助。<br>核章：_____  |  |  |
| 本會福利擬辦        | <input type="checkbox"/> 本案符合協會救助規定，擬發給救助金_____元整給予救助。<br><input type="checkbox"/> 本案因_____不符合協會救助規定，擬不予補助。   |                                    |        |           |    |   |         |                     |   |  |  |
|               |   |                                    |        |           |    |   |         |                     |   |  |  |
| 申請人簽名：<br>蓋章： |   |                                    |        |           |    |   | 承辦審核結果： |                     |   |  |  |

填表說明：

- 一、申請人身分證統一編號、金融機構代號、申請人帳號、連絡電話等均以阿拉伯字正楷填寫。
- 二、申請人提供之匯款帳戶，須所屬金融機構已加入「跨行通匯系統」。若因提供結清終止戶、凍結帳戶或相關資料錯誤導致退匯，本會將視同資料不全，逕行予以退件，恕不另行通知或辦理補匯。
- 三、家庭狀況欄請按家戶人口逐一填列，如有非同戶而互負扶養義務責任之親屬請填列並說明之。
- 四、請詳實填列直轄市、縣(市)政府或鄉(鎮、市、區)公所之既有救助情形與審查意見，並告知個人保險理賠及其他社會資源救助狀況。如經查證有隱匿或申報不實之情事，申請人須無條件退回已領取之救助金。
- 五、申請書總共三頁，請寄 100 台北市和平西路一段 150 號 9 樓之 5 社團法人中華民國社會關懷協會 救助專案小組 收



