

臺中市_____區低收入戶(未滿 65 歲非身障且生活無法自理)安置申請表

申請日期： 年 月 日

安置者姓名				受委託人姓名				與安置者關係					
性別		☐ 男 ☐ 女		出生日期		年 月 日		身分證字號					
戶籍地址		里 路(街) 段 巷 弄 號 樓之											
聯絡電話													
申請補助應檢附文件		☐ 申請表 ☐ 低收入戶證明 ☐ 最近 3 個月內公立醫療機構或經衛生福利部評鑑合格醫院開立之診斷書正本(須註明生活無法自理) ☐ 入住機構證明 ☐ 受委託人身分證明 ☐ 委託書						申請種類		初次			
										轉介			
										複查			
家屬或緊急聯絡人 (※務必填寫)		聯絡人姓名：										與安置者關係：	
		身分證字號：											
		聯絡電話：										行動電話：	
		聯絡地址：											
安置機構名稱								入住日期					
安置機構地址								安置機構電話					
審核		☐ 符合，自____年____月____日起生效。 ☐ 不符合，原因_____。											
區公所核章		承辦人				課長				區長			
社會局核章		承辦單位		專門委員				副局長		局長			
				主任秘書									