

臺中市政府社會局辦理身心障礙者監護(輔助)宣告費用補助實施計畫

中華民國 112 年 1 月 4 日訂定

中華民國 112 年 9 月 13 日修正

- 壹、依據：內政部(現為衛生福利部)100 年 9 月 8 日身心障礙者聲請監護或輔助宣告鑑定之收費標準合理性會議決議。
- 貳、目的：透過補助監護(輔助)宣告聲請費用(含規費及醫院鑑定費用)，減輕身心障礙者及其家屬經濟負擔，以保障身心障礙者權益，並提升其生活品質。
- 參、主辦單位：臺中市政府社會局(以下簡稱本局)
- 肆、補助對象：18 歲以上未滿 65 歲，設籍並實際居住臺中市，領有身心障礙證明並具低收入戶或中低收入戶身分之市民。
- 伍、實施方式：
- 一、申請時間：當年度 11 月 30 日前送達本局(以本局收文戳為憑)，倘經費用罄即停止受理。
 - 二、申請標準：補助向法院聲請監護(輔助)宣告規費及法院指定醫院鑑定費，每案合計最高以新臺幣 1 萬元為上限，覈實支付。
 - 三、受理方式：
 - (一)由身心障礙者本人或其監護人提出申請：申請人應自補助對象於法院指定醫院鑑定日次日起 6 個月內備妥應附文件向本局提出申請，經審核通過後，由本局逕撥款項至申請人或補助對象之金融機構帳戶。已受監護宣告者應由監護人提出。
 - (二)由申請人送達本局或郵寄至「407610 臺中市西屯區臺灣大道三段 99 號惠中樓 3 樓社會局身心障礙福利科 申請監護(輔助)宣告費用補助」。
- 陸、應附文件：
- 一、申請表。
 - 二、補助對象之身心障礙證明正、反面影本。
 - 三、聲請狀影本或民事裁定影本。
 - 四、法院行政規費收據正本。
 - 五、指定鑑定醫院鑑定費收據正本。
 - 六、領款人(同申請人或補助對象)郵局或金融機構存摺封面影本。
 - 七、領據。
 - 八、委託書(若非身心障礙者本人或監護人申請時須檢附)。
- 柒、經費來源：計畫所需經費由本局編列相關經費項下支應，經費以本市議會審議通過之預算為準，倘議會未通過或通過之預算金額較原訂金額低，將停止本計畫或調降為議會審議通過之金額。
- 捌、本計畫奉核定後實施，如有未盡事宜，得隨時修正補充。

臺中市政府社會局
身心障礙者聲請監護(輔助)宣告費用補助申請表

申請日期：____年____月____日

身心障礙者姓名		身分證字號	
福利身分別	☐ 低收入戶 ☐ 中低收入戶	連絡電話	

若申請人非身心障礙者本人，則請填寫下列欄位，

1. 如身心障礙者已裁定為監護宣告之人，應以監護人為申請人。
2. 申請人如非監護人或案件尚未由法院裁定，應檢附委託書。

申請人姓名		身分證字號		簽章/ 用印	
與身心障礙者關係		連絡電話			

應附文件	☐ 1. 申請表。 ☐ 2. 補助對象之身心障礙證明正、反面影本。 ☐ 3. 聲請狀影本或民事裁定影本。 ☐ 4. 法院行政規費收據正本。 ☐ 5. 指定鑑定醫院鑑定費收據正本。 ☐ 6. 領款人(同申請人或補助對象)郵局或金融機構存摺封面影本。 ☐ 7. 領據。 ☐ 8. 委託書(若非身心障礙者本人或監護人申請時須檢附)。
------	--

備註	一、 各項資料欄位請詳實填寫。 二、 應付文件請逐項檢核，已檢附資料之項目請核對打勾。
----	--

審核	經審查 ☐ 符合補助對象資格，核定補助_____元。 ☐ 不符資格，不予補助。	
	承辦人	單位主管

領據

茲收到臺中市政府社會局補助「身心障礙者監護(輔助)宣告費用補助」
新臺幣_____元整，確實無訛。(請載明申請費用總金
額，並以零、壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖、拾、佰、仟、
萬大寫數字填寫)

此致

臺中市政府社會局

領款人：(簽章)

身分證字號：

戶籍地址：

金融機構名稱：

帳戶名稱：

帳號：

中 華 民 國 年 月 日

代辦委託書

茲本人_____欲申請「身心障礙者監護(輔助)宣告費用補助」，因無法親自前往，特委託_____代為辦理，特例此書為證。

此致

臺中市政府社會局

委託人(簽章)：

身分證字號：

戶籍地址：

聯絡電話：

受委託人(簽章)：

身分證字號：

戶籍地址：

聯絡電話：

以下請黏貼受委託人身分證影本

--	--

中 華 民 國

年

月

日