

填
寫
說
明

- 一、家庭狀況欄請按家戶人口逐一填列，如有非同一戶而互負扶養義務責任之親屬亦請填列並說明之。
- 二、各級地方政府暨保險及社會資源補助（救）助情形請詳細查明填列。
- 三、請就事實於「」內填「」，並可複選。
- 四、本申請表社工人員先予訪查實情後再填列。

各 級 地 方 政 府 補 助 （ 救 ） 助 情 形	一、 <input type="checkbox"/> 核列低收入戶第_____款 二、 <input type="checkbox"/> 核發醫療補助_____元 三、 <input type="checkbox"/> 轉_____機關收容 四、 <input type="checkbox"/> 省社會處核發急難救助_____元 <input type="checkbox"/> 縣市政府核發急難救助_____元 <input type="checkbox"/> 鄉鎮市區公所核發急難救助_____元 五、 <input type="checkbox"/> 其他_____。	會 審 意 見 本 會 查 意 見
申 請 補 （ 救 ） 助 原 因	一、 <input type="checkbox"/> 喪葬費用無力負擔（喪葬費用_____元） 二、 <input type="checkbox"/> 醫療費用無力負擔（醫療費用_____元） 三、 <input type="checkbox"/> 生活費用無者。 四、 <input type="checkbox"/> 其他_____。	（ 救 ） 助 情 形 見
	二、賠償金_____元 2. <input type="checkbox"/> 宗教團體救助_____元。 3. <input type="checkbox"/> 慈善團體救助_____元。 4. <input type="checkbox"/> 學校機構救助_____元。 5. <input type="checkbox"/> 登報募捐_____元。 6. <input type="checkbox"/> 其他_____元。	

（由事療醫難急述簡請）由案