



財團法人臺北市王禪老祖慈善基金會

個人救助金申請表

版次：01

申請日期： 年 月 日

項目	一次性申請 <input type="checkbox"/> 急難 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 長期性申請(按月補助) <input type="checkbox"/> 就學 <input type="checkbox"/> 生活補助 <input type="checkbox"/> 其他 _____					
姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日	年 月 日	年齡	歲
電話	H: () O: ()		手機	身分證字號		
住址						
家屬	存： <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 兄 ___ 人 弟 ___ 人 姊 ___ 人 妹 ___ 人 子女 ___ 人					
家庭狀況	同住： <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄 ___ 人 <input type="checkbox"/> 弟 ___ 人 <input type="checkbox"/> 姐 ___ 人 <input type="checkbox"/> 妹 ___ 人 <input type="checkbox"/> 子女 ___ 人 <input type="checkbox"/> 其他 ___ 人					
	就學： <input type="checkbox"/> 幼稚園 ___ 人 <input type="checkbox"/> 小學 ___ 人 <input type="checkbox"/> 國中 ___ 人 <input type="checkbox"/> 高中(職) ___ 人 <input type="checkbox"/> 大專以上 ___ 人					
健康	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 疾病名稱及造成原因： _____ <input type="checkbox"/> 需人照料 <input type="checkbox"/> 需 24 小時照顧					
	<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊：障別 _____ 等級 _____ ， <input type="checkbox"/> 重大傷病卡：病名 _____					
已取得資源	其他相關資料					
	取得政府或其他單位補助如下： <input type="checkbox"/> 低收 ___ 款、每月共 _____ 元 <input type="checkbox"/> 身障 ___ 人、每月共 _____ 元 <input type="checkbox"/> 兒少 ___ 人、每月共 _____ 元 <input type="checkbox"/> 敬老 ___ 人、每月共 _____ 元 <input type="checkbox"/> 急難救助，金額 _____ 元 <input type="checkbox"/> 其他： _____ ，金額 _____ 元 <input type="checkbox"/> 無法取得政府補助或保險理賠原因(請務必說明)： _____					
	<input type="checkbox"/> 收入來源：全年家戶收入約新台幣 _____ 萬元整					
申請事由	簡要說明家庭背景、家庭成員、主要經濟來源、急難原因及目前遭遇的困難：					
案家需求						申請人本人/法定代理人簽名蓋章
						法定代理人關係： _____ 1. 申請人同意本會人員電話訪問或實地訪問。 2. 申請人同意本會查詢及取得個人相關資料。
請檢附文件：家庭訪視表、上學期成績單、學生證 另可檢附其他可證明文件：重大傷病卡影本、身心障礙手冊影本、住家照片等等。						
協助申請單位資料	單位名稱：			協助申請單位代表人簽名蓋章		
	地址：					
電話：						
聯絡人：						
*協助申請單位同意並確認上述申請及事由陳述屬實						