

雲林縣 鄉鎮市 年 月 失能老人親屬照顧津貼申請調查表

舊戶總清查案件 新增案件（請打勾）

壹、申請人（照顧者）

申請日期____年____月____日

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	民國	年	月	日	身分證字號										
戶籍地址	鄉鎮市 村里 鄰 街路 段 巷 號 樓										電話								
居住地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地 <input type="checkbox"/> 鄉鎮市 村里 鄰 街路 段 巷 號 樓																		
匯款郵局	郵局戶名			局號			帳號												
應備證明文件	<input type="checkbox"/> 1、申請人身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 2、戶籍謄本或戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 3、匯款郵局封面影本 <input type="checkbox"/> 4、其他證明文件：（請證明）																		
切結書	1、申請人未從事全時工作，且實際負責照顧受照顧者。 2、未擔任領有津貼之照顧服務員或督導員 此致 雲林縣政府										申請人簽名：								
受照顧者三親等以內之直系血親卑親屬及其配偶。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																			
與受照顧老人關係：_____																			

貳、受照顧老人資料

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	民	前	年	月	日	身分證字號									
戶籍地址	鄉鎮市 村里 鄰 街路 段 巷 號 樓										電話								
居住地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地 <input type="checkbox"/> 鄉鎮市 村里 鄰 街路 段 巷 號 樓																		
應備證明文件	<input type="checkbox"/> 1、身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 2、戶籍謄本或戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 3、醫院出具罹患長期慢性病證明 <input type="checkbox"/> 4、日常生活活動功能量表重度以上證明 <input type="checkbox"/> 5、重度_____類別特定身心障礙手冊正反面影本（免附3、4證明）																		

參、鄉鎮市公所審核調查意見

調查人員訪視	（符合於 <input type="checkbox"/> 打√ 不符合者打×） <input type="checkbox"/> 1、照顧者應實際居住於戶籍地 <input type="checkbox"/> 2、照顧者有工作能力而未就業 <input type="checkbox"/> 3、受照顧老人實際居住於戶籍地																		
受照顧者是否申請其他政府照顧項目	<input type="checkbox"/> 1、居家服務 <input type="checkbox"/> 2、中低收入老人重病住院看護費補助 <input type="checkbox"/> 3、僱用看護（傭） <input type="checkbox"/> 4、已住進機構收容安置 <input type="checkbox"/> 5、政府提供之日間照顧服務補助 <input type="checkbox"/> 6、中低收入老人特別照顧津貼 <input type="checkbox"/> 7、以上皆無																		
鄉鎮市公所初審意見	審核意見	調查人	承辦人	社會課長	鄉（鎮市）長														
	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合																		

肆、社會處審核調查意見

受理申請日期：____年____月____日 （書表證件應備齊，符合者於打，不符合者打×）

<input type="checkbox"/> 1、照顧者與受照顧者設籍於同一縣市。 <input type="checkbox"/> 6、重度_____類特定身心障礙手冊正反面影本。 <input type="checkbox"/> 2、受照顧者三親等以內之直系血親卑親屬及其配偶。 <input type="checkbox"/> 3、受照顧者檢附鑑定醫院出具罹患長期慢性病證明。 <input type="checkbox"/> 4、受照顧者檢附鑑定醫院評估ADL 重度以上之證明。 <input type="checkbox"/> 5、受照顧者未接受收容安置且未接受居家服務及中低收入老人重病住院看護等其他政府照顧補助。																								
督導員訪視	<input type="checkbox"/> 1、照顧者應實際居住於戶籍地 <input type="checkbox"/> 2、照顧者有工作能力而未從事全時工作 <input type="checkbox"/> 3、受照顧老人實際居住於戶籍地 <input type="checkbox"/> 4、照顧者確實負起照顧之責任																							
	意見欄											督核					導					員		
審	<input type="checkbox"/> 1、審查核准補助：補助生效月份：____年____月 <input type="checkbox"/> 2、審核不符補助資格：原因（參考審核事項，以代號表示如為其他原因，請敘名）：																							
	承辦人					科長					處長					縣長（呈第二層決行）								
核																								