

財團法人天王救難基金會救助金申請表

*本申請書共二頁，請申請人詳填，申請資格及程序請詳參「財團法人天王救難基金會救助金申請辦法」；文件齊全者，將加速您案件的審核，通過者與否，本基金會皆另行通知！

第 1/2 頁

編號： _____ 申請日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

項 目	<input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 急難 <input type="checkbox"/> 災害	帳戶狀況(是否遭強制執行) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
姓 名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 身分證號 _____
電話(公)	(住)	(手機)
戶籍地址	市 區 鎮 里 路 縣 鄉 市 鄉 村 鄰 街	段 巷 弄 號之樓之
通訊地址	市 區 鎮 里 路 縣 鄉 市 鄉 村 鄰 街	段 巷 弄 號之樓之
保 險	<input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 公保 <input type="checkbox"/> 農保 <input type="checkbox"/> 學生保險 <input type="checkbox"/> 全民健保 <input type="checkbox"/> 人身保險 <input type="checkbox"/> 福保 <input type="checkbox"/> 漁保 <input type="checkbox"/> 汽機車強制險	
最高學歷	婚姻 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 喪偶，帶子 _____ 人，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"/> 配偶父 <input type="checkbox"/> 配偶母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 兄弟 _____ 人 <input type="checkbox"/> 姐妹 _____ 人 <input type="checkbox"/> 子女 _____ 人 <input type="checkbox"/> 孫子女 _____ <input type="checkbox"/> 姪 _____ 人 <input type="checkbox"/> 甥 _____ 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： _____ 需人 24 小時照料： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊：障別 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度等級， <input type="checkbox"/> 重大傷病卡	

以下欄位未填寫者，恕難核准補助

已 取 得 資 源	<input type="checkbox"/> 1. 曾經從事行業(包含父及本人)，任職公司/月薪 _____		
	<input type="checkbox"/> 2. 已就業，任職公司/月薪 _____ <input type="checkbox"/> 未就業，原因 _____		
	<input type="checkbox"/> 親人朋友或社會福利團體協助 <input type="checkbox"/> 金錢贊助，金額 _____ <input type="checkbox"/> 其他：		
	取得政府補助如下： <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		
	<input type="checkbox"/> 無法取得政府補助或保理賠原因(請務必說明)：		
<input type="checkbox"/> 收入來源：(全戶所有工作人口收入)：			
每 月 生 活 支 出	本次急難/災害/喪葬/醫療總支出：		
	1. 住屋狀況： <input type="checkbox"/> 自有/每月貸款金額： _____ <input type="checkbox"/> 租賃/每月房租： _____ <input type="checkbox"/> 其他		
	2. 勞保費/每人：	7. 學費支出：	12. 家用電話費：
	3. 健保費/每人：	8. 營養午餐：	13. 行動：
	4. 伙食支出：	9. 水費：	14. 其他：
	5. 交通支出：	10. 電費：	
	6. 醫藥支出：	11. 瓦斯費：	每月總支出：

財團法人天王救難基金會救助金申請表

第 2/2 頁

申 請 事 由 及 需 求	請說明所有家庭成員現況經濟來源發生急難原因及目前遭遇的困難：			
重 要 通 知	1. 申請人同意本會及轉介單位為便利救助評估及後續業務執行，可進行電話、家庭訪問、拍照或錄影、蒐集、處理或妥善運用個人資料，如不同意及配合者，恕難提供補助。 2. 通過核者之補助款金額將列計當年度收入，並將依國稅局規定寄發扣繳憑單。		請申請人詳閱左欄重要通知後，由本人在本欄親筆簽名，以示瞭解與同意。 _____	
應 檢 附 之 資 料	文件不齊全者，將待補件後處理： 1. 全戶戶籍謄本正本 2. 低收入戶證明書影本或家庭清寒證明(村里長發給)正本 3. 最新年度國稅局所得資料及財產歸屬資料清單正本 4. 存摺封面影本 ■ 申請醫療救助者請附(限事實發生三個月內)： 公、私立醫院之診斷證明書及醫療費用收據正本、健保欠費證明 ■ 申請急難、災害救助者請附(限事實發生六個月內)： 需要急難救助相關證明件(如火災、車禍、入獄、診斷證明…等)正本 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、學生證等等			
轉介資料區				
轉 介 單 位 公 印	轉介單位全名：	轉介單位 主管簽章	轉介人	
	公印：		電話	
			手機	
			傳真	
			e-mail	

地址：基隆市中正區義一路 122 號 3 樓之 2

電話:02-2421-6807~8 傳真 02-2421-6809

連絡人_____