

# 臺中市政府社會局身心障礙照顧者津貼申請表

110.6 修訂

新案申請 <input type="checkbox"/>
舊案變更 <input type="checkbox"/>

申請日期：    年    月    日

## 壹、申請人（照顧者）資料

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日	年 月 日	與被照顧者關係	
身分證字號						電話	
戶籍地址	區            里    鄰                    路街    段            巷    弄    號    樓						
居住地址	區            里    鄰                    路街    段            巷    弄    號    樓						
匯款郵局	郵局				戶名		
局 號					帳號		

## 貳、被照顧者資料

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日	年 月 日		
身分證字號						電話	
戶籍地址	區            里    鄰                    路街    段            巷    弄    號    樓						
居住地址	區            里    鄰                    路街    段            巷    弄    號    樓						
就學情形 (無則免填)	就讀學校：		<input type="checkbox"/> 在家教育證明(應就學而未就學) <input type="checkbox"/> 陪讀證明(就學時需照顧者陪伴) <input type="checkbox"/> 在學半日證明(就讀幼兒園可檢附)				

## 參、應備文件

申請人（照顧者）應備證明文件 <input type="checkbox"/> 國民身分證正、背面影本或居留證影本 <input type="checkbox"/> 郵局存簿封面影本 <input type="checkbox"/> 其他證明文件：請說明_____	被照顧者應備證明文件 <input type="checkbox"/> 國民身分證正、背面影本 <input type="checkbox"/> 身心障礙證明影本 <input type="checkbox"/> 失能程度經日常生活活動功能量表評估為中度以上之證明 <input type="checkbox"/> 其他證明文件：請說明_____
---	---

## 肆、申請人（照顧者）切結事項

1. 本人確實與被照顧者設籍同一戶並同住且實際居住於本市。
2. 本人未從事全時工作，且每日工作時數不超過4小時。
3. 本人除夜間睡眠時間外，實際照顧被照顧者達8小時以上。
4. 本人年滿16歲，未滿65歲，且無下列情事之一者。
  - (1) 25歲以下仍在國內就讀空中大學、高級中等以上進修學校、在職班、學分班、僅於夜間或假日上課、遠距教學以外之學校，致不能工作。
  - (2) 身心障礙致不能工作。
  - (3) 罹患嚴重傷、病，必須3個月以上之治療或療養致不能工作。
  - (4) 婦女懷胎6個月以上至分娩後2個月內，致不能工作。
  - (5) 受監護宣告及輔助宣告。
  - (6) 領有身心障礙者生活補助。
5. 本人確實已向被照顧者確認其並未接受政府相關居家照顧服務補助、臨時及短期照顧服務補助、長照喘息服務、傷病住院看護補助或其他相同性質之照顧費用補助者，且未入住安養或養護機構、護理之家、身心障礙福利機構(含日間、夜間及全日型機構)、社區式日間照顧服務、社區日間作業設施、醫療機構設置之呼吸照護病房、日間照護中心等照護機構。
6. 未僱用看護(傭)或外籍監護工者。
7. 本人同意若經核准發給本津貼，將接受並配合請領本津貼之相關規定；且若請領本津貼原因消失時，將主動通報本局。

申請人是否同時照顧2名(含)以上共同居住之身心障礙者親屬：

否 是，被照顧者姓名：\_\_\_\_\_、關係：\_\_\_\_\_、身份證字號：\_\_\_\_\_。

以上切結事項若不符事實，本人願主動繳回溢領之款項，若未依規定辦理繳回，本人將負相關法律責任。

此致 臺中市政府社會局

申請人簽章：

日期：

## 伍、社會局審核意見

受理申請日期： 年 月 日

應備文件 <input type="checkbox"/> 齊全 <input type="checkbox"/> 不齊，需再補：_____									
審	<input type="checkbox"/> 核准補助；補助期間：自 年 月 日起至 年 月 止								
	<input type="checkbox"/> 不符補助資格；原因請敘明：_____								
核	承 辦 人		股 長		社 工 督 導		科 長		局 長