澎湖縣政府辦理弱勢兒童及少年醫療費用補助申請調查表

一、基本資料：

申請人姓名：	戶口名簿編號：	聯絡電話：	行動電話：
戶籍地址：		聯絡地址：	
轉匯帳戶資料：	金融機構名稱：	局號：	帳號：

二、全家人口狀況：(含直系血親)

人口數	稱謂	姓名 身分證統一編號(居留證編號)	性別		出生日期			足齡	教育 婚姻	健康情形			工作能力		每月工作收入		領有政府其他補助及金額	不列計全家人口數	備註
			男	女	年	月	日			正常	疾病	障礙等級	有(職業)	無(原因)	實際	規定			

註：
無工作能力：**01.**未滿 16 歲，滿 65 歲以上。 **02.**25 歲以下仍在國內就讀空中大學、高級中學等以上進修學校、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。 **03.**身心障礙致不能工作。 **04.**罹患嚴重傷、病，必須三個月以上之治療或療養致不能工作。 **05.**獨自照顧特定身心障礙或罹患特定疾病症且不能自理生活之共同生活或受扶養親屬，致不能工作。**06.**獨自扶養六歲以下之直系血親卑親屬致不能工作。**07.**婦女懷胎六個月以上至分娩後二個月內，致不能工作。 **08.**受禁治產宣告。 09.其他經直轄市、縣(市)主管機關認定者。
不計全家人口數代號：**01.**應徵召在營服役者。 **02.**在學領有公費者。 **03.**因案服刑或保案處分尚餘六個月以上執行未滿者。 **04.**失蹤六個月以上經警察機關證明者。 05.符合其他款項者。
具領其他補助代號：**01.**低收入戶生活補助者。**02.**低收高中職生活補助者。**03.**身心障礙生活補助。**04.**低收身障生活補助。**05.**中低收身障生活補助。**06.**困苦失依兒少生活扶助。**07.**弱勢兒少緊急生活扶助。
08. 領有澎湖縣罹患癌症及罕見疾病民眾慰問金者。

(人口欄位不足時，請在此浮貼)

※以上所載全家人口及收入狀況均屬確實，敝有隱瞞或不實者，本人願負偽造文書及冒領公款等法律責任。若領有政府補助或戶籍遷移、死亡等因素，致發生溢領情況，願自動繳回溢領之補助費。

※個資使用同意：本人及家戶成員為申請本扶助所檢附之相關資料，同意提供非公務機關作為發放慰問金、物資等福利服務使用。□同意　□不同意

茲依澎湖縣政府低收入戶及弱勢兒童及少年醫療補助審查作業規定，敬請 核辦。

以上所全家人口及收入狀況均屬實，倘有隱瞞或不實，本人願負法律責任。

申請人：　　(簽章)　　接受調查人：　　(簽章)　　日期：　　年　　月　　日

三、審核標準：

審核項目	公所初核結果	縣府審核結果	審查標準
1.全家總人口數(列計)	人	人	◎有工作能力人數與全家人口數；其比例：____：____。 ◎家庭收入標準**(依行政院主計總處發布之年度物價指數成長率最低生活費調整金額)**
2.全家每月總收入	元	元	□低收、中低收入戶 □全家總收入平均未達每人每月最低生活費 2 倍以下=31,030(15,515 元*2 倍)補助 75%。
3.平均每人每月收入	元	元	□全家總收入平均未達每人每月最低生活費 2 倍以上未達 3 倍=46,545(15,515 元*3 倍)補助 50%。 □全家總收入平均未達每人每月最低生活費 3 倍以上未達 4 倍=62,060(15,515 元*4 倍)補助 25%。 **□全家總收入平均每人每月最低生活費達 4 倍(62,060 元)以上，不予補助。**

四、初審意見及簽章：

初審意見	調查員	承辦員	課長	鄉鎮市長
1.□不符資格；原因 2.□符合				

五、核定意見及簽章：

初審意見	承辦員	科長/課長	處長/局長
1.□不符資格；原因 2.□符合			