

財團法人金門酒廠胡璉文化藝術基金會

急難救助金申請表

申請日期： 年 月 日

地址：金門縣金寧鄉桃園路1號 電話：(082) 082-325628 轉 88492 Fax：082-316295 電子信箱：L039@mail.kkl.gov.tw

項目	<input type="checkbox"/> 生活扶助 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 喪葬 <input type="checkbox"/> 其他			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	年齡	
電話	H:() O:()	手機	身分證字號：			
住址						
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					
家屬	存： <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；子__人、女__人、兄__人、弟__人、姊__人、妹__人					
學歷	婚姻	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 離婚；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__人 <input type="checkbox"/> 弟__人 <input type="checkbox"/> 姊__人 <input type="checkbox"/> 妹__人 <input type="checkbox"/> 子__人 <input type="checkbox"/> 女__人 <input type="checkbox"/> 孫子__人 <input type="checkbox"/> 孫女__人 <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： _____ <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"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 極重度， <input type="checkbox"/> 重大傷病卡：病名 _____					

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(包含父母及本人)，任職公司/月薪： _____	
	<input type="checkbox"/> 2. 已就業，任職公司/月薪： _____	<input type="checkbox"/> 3. 未就業，原因： _____
	<input type="checkbox"/> 親戚、朋友或社會福利團體協助如下： <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險理賠原因(請務必說明)： _____	
每 月 生 活 支 出	<input type="checkbox"/> 收入來源(全戶所有工作人口收入)：	
	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. 學費支出：	3. 伙食支出：
	4. 雜費支出	
	5. 醫藥支出：	6. 保險費支出：
7. 其他		
每月總支出：		

財團法人金門酒廠胡璉文化藝術基金會

急難救助金申請表

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：
簽名	1. 申請人同意本會及轉介單位為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、處理或利用個人資料，如不同意及配合者恕難提供補助。 2. 通過審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。 申請人：_____
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。2. 低收入戶證明、家庭清寒證明（村里長發給）或急難證明。 <input type="checkbox"/> 申請醫療救助者請附（限事實發生六個月內）： 公、私立醫院之醫療事由證明（診斷證明書或重大傷病證明）。 <input type="checkbox"/> 申請生活扶助救助者請附（限事實發生一年內）： 負擔家計者無法工作相關證明文件（如火災、車禍、入獄、診斷證明…等）正本。 <input type="checkbox"/> 申請喪葬補助者請附（限事實發生六個月內、限死者家屬申請）： 死亡證明書、葬儀社收據或證明喪葬費用文件（未出殯前可先附估價單） 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。
轉介單位	
轉介單位	轉介單位全名： (如附件)