

臺北市身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助申請表

113年01月01日起適用

申請人姓名	身分證統一編號	出生年月日		
申請人身分	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶	申請人障別	障(類) 度	
戶籍地址				
居住地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址; <input type="checkbox"/>			
公文送達處所 (代理人/申請人收文地)	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址; <input type="checkbox"/> 同居住地址; <input type="checkbox"/> 就業處所地址 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____			
聯絡電話	(日) _____	(夜) _____	(手機) _____	
其他資格 (請主動勾選)	<input type="checkbox"/> 身障者年滿30歲以上 <input type="checkbox"/> 身障者成年且父母一方年逾65歲 <input type="checkbox"/> 家庭中人口有2名以上身障者 (姓名: _____ 身分證統一編號: _____ 關係: _____)			
入住機構名稱 (全銜):			<input type="checkbox"/> 日間式	<input type="checkbox"/> 住宿式
機構類型	<input type="checkbox"/> 社會福利機構 <input type="checkbox"/> 老人長期照顧機構 <input type="checkbox"/> 幼兒園 <input type="checkbox"/> 護理之家 <input type="checkbox"/> 住宿式長照機構 <input type="checkbox"/> 精神復健機構		進住(就托) 日期	年 月 日
代理人姓名	身分證統一編號	出生年月日	與申請 人關係	
應備文件 (請勾選確認, 文件以A4紙張列印, 不須裁剪)	<input type="checkbox"/> 1. 本人國民身分證影本。 <input type="checkbox"/> 2. 身心障礙證明文件影本。領有身心障礙證明者, 另需檢附身心障礙需求評估核定公文(如尚未取得, 請洽身心障礙需求評估中心, 聯絡電話: 02-25112895, 提出申請補助後再補正)。 <input type="checkbox"/> 3. 機構入住合約書影本1份。 <input type="checkbox"/> 4. 於臺北市公私立幼兒園接受服務者須檢附繳費收據。 <input type="checkbox"/> 5. 於護理之家(含屬老人長期照顧機構之長期照護型、本市住宿式長照機構)接受服務者請檢附醫師診斷證明書正本(註記插有氣切、鼻胃、導尿三管之一)。無管路處置者免附。 <input type="checkbox"/> 6. 於臺北市精神復健機構(康復之家)接受服務者檢附醫師轉介單。 <input type="checkbox"/> 7. 擇定入住之機構經各級主管機關最近一年評鑑或考核合格之相關證明文件。 <input type="checkbox"/> 8. 切結書(年滿25歲符合國民年金投保資格者或年滿65歲以上須填寫)。 <input type="checkbox"/> 9. 其他證明文件(如學生證、外籍人士居留證等影本、長照服務切結書)。			
【注意事項】				
1. 務請確實填寫申請表所列各欄位, 所檢附資料僅用於本補助審查作業, 社會局將依個人資料保護法妥善管理。 2. 依身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助辦法第2條相關規定, 申請人應設籍且實際居住於臺北市, 並持有本市核(換)發或註記之身心障礙證明, 且於實際進住機構後再提出申請。如入住(就托)外縣市機構後始遷籍於本市, 則不符申請本補助資格。 3. 本補助以提出申請且備齊文件當日(受理申請日)為補助起始日期。 4. 申請人應為本人, 本人無法申請時由其法定代理人、戶長或家屬代為申請, 機構相關人員不得擔任代理人。 5. 本人(代理人)同意社會局得查調相關戶籍、最近年度財稅等資料審核, 並得寄送相關福利資訊或簡章。 6. 申請人若由長期照顧管理中心評估符合使用長照服務資格者, 須填寫放棄長照居家服務切結書。 7. 本人(代理人)所填資料及所附文件均為真實無誤, 並已詳閱本表且確實填寫, 如有不實, 除停止本補助外, 已撥付之款項應全數繳回, 如涉及不法者, 依法辦理。				
※請詳閱以上注意事項後, 於下方簽名確認				
本人(代理人): _____ (簽名蓋章) ※未成年申請人, 請由父母、監護人擔任代理人。 受理單位: 臺北市政府社會局身障科(臺北市市府路1號1樓東北區) 現場僅提供收件服務, 若需諮詢請以電話聯繫				
聯絡電話: 02-27208889分機6963、1583-1585 傳真: 02-27209229				

◎本項補助須審查家戶人口如下，請詳實填寫：

1. 配偶。
2. 一親等之直系血親(父母、子女)。
3. 同一戶籍或共同生活之其他直系血親(如孫子女、外孫子女等)。
4. 認列綜合所得稅扶養親屬免稅額之納稅義務人。
5. 兄弟姊妹列計資格：同一戶籍或共同生活未滿16歲者，因身心障礙者致不能工作者，或16歲以上25歲以下仍在國內就學者(非屬空中大學、大學院校以上進修學校、在職班、學分班、僅於夜間或假日上課、遠距教學之學校者)(本項須檢附學生證影本或身障證明影本)。

稱謂	姓名	身分證統一編號	備註 (如往生、遷出國外、扶養義務人等)
配偶(範例)	張小明(範例)		
長子(範例)			

切 結 書

本人為申請身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助需要，保證遵守並符合以下相關規定，若有不實，願負一切法律責任，並繳回已領之補助款項。

本人領有以下國民年金給付，並確知下列事項：

- 老年基本保證年金
- 身心障礙基本保證年金
- 原住民給付

- 一、年屆25歲以上如領有全額(列冊臺北市低收入戶)身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助，與前開國民年金給付僅能擇一領取。
- 二、提出申請後之審查期間可能將暫停或減額發給國民年金給付。
- 三、申請身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助之審核期間如仍領有國民年金給付，審核通過後如欲追溯申請當日起身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用，應繳還審核期間已領之國民年金給付。
- 四、如有重複領取身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助與國民年金給付情形者，由臺北市政府社會局以書面命本人自事實發生之日起60日內擇一繳還；屆期未繳還者，臺北市政府社會局依法將溢領之身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助移送行政執行。

立切結書人(或代理人)：_____ (簽名或蓋章)

身分證統一編號：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

.....
附註：依據內政部101年4月13日台內社字第1010154279號函辦理。

切 結 書

申請人_____已入住_____，
_____年_____月_____日申請臺北市身心障礙者日間照顧及住宿式
照顧費用補助，故放棄長期照顧居家服務。

此 致

臺北市政府社會局

立切結書人（或代理人）：_____（簽名或蓋章）

身分證統一編號：

中 華 民 國_____年_____月_____日