

衛生福利部

109年度住宿式服務機構使用者補助方案

住宿式服務機構使用者補助費申請書

| 項目 | | 內容 | |
|------------------------|---|---|--|
| 基本資料 | 申請人 (註1) | 姓名 <small>(為長者本人，如長者已往生請填機構簽約人)</small> | |
| | | 身分證統一編號 | |
| | | 身分 | 請勾選(可複選)： 1. <input type="checkbox"/> 入住機構本人 2. <input type="checkbox"/> 機構簽約人(勾選本項者，請續填使用機構者相關資料) |
| | | 通知書送達地址 | <small>(以可供收寄文書之地址為主)</small> |
| | | 連絡電話 | |
| | 使用機構者 | 姓名 | <small>(同申請人免填)</small> |
| 身分證統一編號 | | <small>(同申請人免填)</small> | |
| 納稅狀況 | 經稅捐稽徵機關核定使用機構者之同一申報戶 107年度 綜合所得稅申報資料(第1項及第2項均勾選者始符合補助條件) <u>※臺端得提供國稅局綜所稅核定通知書或稅額清單供審查，相關文件得至戶籍所在地之稽徵所(處)調閱。</u> | 請勾選(可複選)： 1. 累進稅率未達20%者，請勾選核定之稅率： <input type="checkbox"/> 依法免辦理申報者或稅率0% <input type="checkbox"/> 稅率5% <input type="checkbox"/> 稅率12% 2. <input type="checkbox"/> 股利及盈餘合計金額併入綜合所得總額合併計稅者 3. <input type="checkbox"/> 未課徵基本稅額者 | |
| | 檢附必備文件影本各1式1份 | 1. <input type="checkbox"/> 入住機構契約書 2. <input type="checkbox"/> 繳費收據 3. <input type="checkbox"/> 使用機構者之存摺 4. <input type="checkbox"/> 使用機構者身分證(黏貼於第4頁) | |
| 其他領補助情形 (註2) | 曾請領住宿式服務機構使用者補助費用 | 1. <input type="checkbox"/> 是：共計_____元 2. <input type="checkbox"/> 否 | |
| | 109年度曾請領身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用 | 1. <input type="checkbox"/> 是：每月_____元 2. <input type="checkbox"/> 否 | |
| | 109年度曾請領各縣市政府之(中低收入或一般戶)老人收容安置補助費 | 1. <input type="checkbox"/> 是：每月_____元 2. <input type="checkbox"/> 否 | |

| 項目 | | 內容 |
|-----------|---|---|
| 入住機構類型及天數 | 入住機構1 | 類型(註3) 老人福利機構(養護所、老人長期照顧中心或(安)養護中心)： <input type="checkbox"/> 養護型或長期照護型 <input type="checkbox"/> 安養型(床) <input type="checkbox"/> 依長期照顧服務法設立之住宿式照顧機構 或其他機構類型(名稱)(註3)： <input type="checkbox"/> 身心障礙機構(啟能中心、養護中心或教養院等) <input type="checkbox"/> (精神)護理之家 <input type="checkbox"/> 退輔會之榮譽國民之家 |
| | | 機構地址 |
| | | 機構全銜 |
| | | 109年入住起迄日期 |
| | | 109年入住天數(註4) <input type="checkbox"/> 滿(含)90日以上 <input type="checkbox"/> 未滿90日：入住_____日 |
| | 入住機構2 | 類型(註3) 老人福利機構(養護所、老人長期照顧中心或安養護中心)： <input type="checkbox"/> 養護型或長期照護型 <input type="checkbox"/> 安養型(床) <input type="checkbox"/> 依長期照顧服務法設立之住宿式照顧機構 或其他機構類型(名稱)(註3)： <input type="checkbox"/> 身心障礙機構(啟能中心、養護中心或教養院等) <input type="checkbox"/> (精神)護理之家 <input type="checkbox"/> 退輔會之榮譽國民之家 |
| | | 機構地址 |
| | | 機構全銜 |
| | | 109年入住起迄日期 |
| | | 109年入住天數(註4) <input type="checkbox"/> 滿(含)90日以上 <input type="checkbox"/> 未滿90日：入住_____日 |
| 本次申請方式 | 1. <input type="checkbox"/> 親自(或透過家屬)送件至縣(市)政府(※請先行填寫第6頁之領據，金額暫不填寫) 2. <input type="checkbox"/> 機構統一送件 | |

| | 項目 | 內容 |
|--|--------------------|--|
| 受款方式及相關資訊 (註5) | 受款方式 | 1. <input type="checkbox"/> 直接匯款 2. <input type="checkbox"/> 雙掛號寄送記名支票 |
| | 受款人 | 1. <input type="checkbox"/> 使用機構者本人 2. <input type="checkbox"/> 簽約家屬(※請家屬填寫第6頁之委託書) →受款家屬簽名: |
| | (※選擇以支票受款者，下方資訊免填) | |
| | 金融機構全銜 | |
| | 帳戶名稱 | |
| 帳號 | | |
| <p><u>以上本案所附資料僅供查證及發給補助費用使用；茲聲明已閱讀並了解本申請表各節，同時證明表內所填各項資料確實無訛，如為代填，代填人也將表內事項詳告申請人，如與事實不符，得由臺北市政府社會局依實際狀況核定，並得追回溢領款項。</u></p> <p>此致 臺北市政府社會局</p> <p>申請人簽章：</p> <p style="text-align: right;">申請日期： 年 月 日</p> | | |

(請於次頁黏貼長者或簽約人的身分證及存摺影本)

使用機構者：

身分證正面影本黏貼處(使用機構者)

身分證反面影本黏貼處(使用機構者)

機構簽約人(同為申請人時檢附)：

身分證正面影本黏貼處(申請人)

身分證正面影本黏貼處(申請人)

存摺影本黏貼處

(需可辨識存款人姓名、含分行名稱之金融機構全銜、存款種類、帳戶號碼，請勿檢附外匯帳戶等無法接受匯款之存摺)

填寫注意事項

註1：申請人以使用機構者本人優先，如使用機構者往生得以簽約家屬為名義。

註2：曾領有住宿式服務機構使用者補助費用、身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用或各縣市發放之中低收入老人公費安置費者，不得重複申請本方案補助。

註3：使用機構者入住依法設立各類住宿式服務機構，包含一般護理之家、精神護理之家、老人福利機構(除安養床外)、身心障礙機構、國軍退除役官兵輔導委員會所屬榮譽國民之家(自費失能養護床、自費失智養護床)及提供住宿式服務之長期照顧服務機構者，始得申請。

註4：入住天數計算：

- (1) 自每年度之1月1日起算，並計算至當年度12月31日止。
- (2) 不含保留床位期間。
- (3) 不含使用機構喘息服務期間。
- (4) 若同日出入不同機構，算進不算出，不重複列計。
- (5) 使用機構者於當年度曾入住機構滿90日，無論其往生與否，仍具有申請資格。

註5：本方案原則上以使用機構者為受款人，如以簽約家屬為受款人，請詳填本申請書第6頁之委託書，並檢附其存摺影本資料。

領 據

茲收到臺北市政府社會局發放衛生福利部住宿式服務機構使用者補助計
新臺幣_____萬____仟____佰____拾____元整。

受款人姓名：_____（依第3頁所訂受款人）

受款人身分證字號：

請將補助款項撥入指定帳戶，匯款資訊如下：

匯款帳戶：

匯款帳號：

帳戶封面影本
(如已於申請時提供，毋須再次提供)

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

委 託 書

立委託書人(使用機構者)_____現(曾)入住於長期照顧機構
(機構名稱：_____)，申請本年度住宿
式服務機構使用者補助方案，因_____，須委託
※例：長者往生、未申辦帳戶或帳戶遭凍結等
_____為補助受款人，如提供不實資訊，得由貴局收回溢領款項，

並提供以下資料佐證：

- 委託人及受託人之戶籍謄本或相關親屬證明文件
- 受託人存摺影本

此 致

臺北市政府社會局

委託人： 簽章：

受託人： 簽章：

與委託人關係：

委託人身分證字號：

地 址：

聯絡電話：