

## 補助對象各月份受補助確認表

機構每月收費項目/金額(元)	本會核定 生活資材 每月補助	實際支用數	機構或補助 對象自負額	本會補助賸 餘款	本人簽名 (蓋章)
月費 /00元 管路或特殊照護費/00元 復健費/00元 因病就診費/00元 個人衛生用品/00元 特殊營養品/00元 醫材或耗材費用/00元	6000	5500	0	500	

補助對象：\_\_\_\_\_

身分證字號：\_\_\_\_\_

補助月份：\_\_月

註：1. 本表應由機構按月依受補助情形通知補助對象簽名或蓋章。

2. 若本人無法簽名及蓋章，請由監護人代為簽名或蓋章，並需檢附證明文件。