

附件11—補助對象清冊

補助對象清冊

序號	補助對象	身分證字號	機構每月收費項目/金額(元)	生活資材全年補助項目	生活資材全年補助總額	本人簽名(或蓋章)
範例	王小明	A123456789	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	尿布80片； 亞培安素50罐；抽痰包30份、酒精棉片50片	48,000	

註：1. 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

2. 如表格不足請執行單位自行增列。