

財團法人張榮發慈善基金會社會救助金申請表

第 1/2 頁

表格更新日期：2013 年 04 月 19 日

申請日期： 年 月 日

地址：60088 嘉義市西區中興路 127 號四樓 電話：(05)232-0611~2 傳真：(05)232-0615 電子信箱：cyff@cyff.org.tw

本申請書共二頁，請申請人詳填，申請資格及程序請詳參「財團法人張榮發慈善基金會社會救助金申請辦法」；文件齊全者，將加速您的案件審核，通過者本基金會將另行通知，未通過者恕不退件及通知！

項目	☐ 醫療 ☐ 急難 ☐ 災害 ☐ 喪葬			帳戶狀況(是否遭強制執行) ☐ 是 ☐ 否		
姓名		性別	☐ 男 ☐ 女	生日	年 月 日	年齡
電話	H:() O:()		手機	身分證字號：		
住址						
保險	☐ 勞保 ☐ 公保 ☐ 農保 ☐ 學生保險 ☐ 全民健保 ☐ 人身保險 ☐ 福保 ☐ 漁保 ☐ 汽機車強制險					
家屬	存： ☐ 祖父 ☐ 祖母 ☐ 父 ☐ 母 ☐ 配偶父 ☐ 配偶母；子__人、女__人、兄__人、弟__人、姊__人、妹__人					
學歷			婚姻	☐ 已婚 ☐ 同居 ☐ 未婚 ☐ 分居 ☐ 喪偶 ☐ 離婚；帶子__人 女__人		
家庭狀況	同住： ☐ 祖父 ☐ 祖母 ☐ 父 ☐ 母 ☐ 配偶父 ☐ 配偶母 ☐ 配偶 ☐ 兄__人 ☐ 弟__人 ☐ 姊__人 ☐ 妹__人 ☐ 子__人 ☐ 女__人 ☐ 孫子__人 ☐ 孫女__人 ☐ 姪__人 ☐ 甥__人					
	就學： ☐ 幼稚園__人 ☐ 小學__人 ☐ 國中__人 ☐ 高中(職)__人 ☐ 大專以上__人					
健康	☐ 良好 ☐ 疾病名稱及造成原因： ☐ 需人照料 ☐ 需 24 小時照顧					
	☐ 身心障礙手冊：障別_____等級 ☐ 輕 ☐ 中 ☐ 重 ☐ 極重度， ☐ 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	☐ 1. 曾經從事行業(包含父母及本人)，任職公司/月薪：_____		
	☐ 2. 已就業，任職公司/月薪：_____		☐ 3. 未就業，原因：_____
	☐ 親戚、朋友或社會福利團體協助如下： ☐ 金錢贊助，金額：_____ ☐ 其他：_____		
	取得政府補助如下： ☐ 低收__款、每月共_____元 ☐ 身障__人、每月共_____元 ☐ 兒少__人、每月共_____元 ☐ 敬老__人、每月共_____元 ☐ 急難救助，金額_____元 ☐ 其他：_____		
	☒ 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	☐ 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： ☐ 自有/每月貸款金額：_____ ☐ 租賃/每月房租：_____ ☐ 其他：_____		
	2. 勞保費/每人：	7. 學費支出：	12. 電話費：
	3. 健保費/每人：	8. 營養午餐：	13. 第四台：
	4. 伙食支出：	9. 水費：	14. 菸、酒、檳榔：
	5. 交通支出：	10. 電費：	15. 其他：
6. 醫藥支出：	11. 瓦斯費：	每月總支出：	

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：			
重要通知	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。		請申請人詳閱左欄重要通知後，由本人在本欄簽名或蓋章，以示瞭解與同意。	
應檢附之資料	文件不齊全者，將待補件後處理： 1. 全戶戶籍謄本正本。2. 低收入戶證明書影本或家庭清寒證明（村里長發給）正本。 3. 最新年度國稅局所得資料及財產歸屬資料清單正本。4. 存摺封面影本。 ■申請醫療救助者請附（限事實發生三個月內）： 公、私立醫院之診斷證明書及醫療費用收據正本，健保欠費證明。 ■申請急難、災害救助者請附（限事實發生六個月內）： 需要急難救助相關證明文件（如火災、車禍、入獄、診斷證明…等）正本。 ■申請喪葬補助者請附（限事實發生三個月內、限死者家屬申請）： 死亡證明書正本、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。			
轉介單位資料區				
轉介單位公印	轉介單位全名正楷： 公印：	轉介單位 主管簽章	轉介人	
			電話	
			手機	
			傳真	
			e-mail	