花蓮縣身心障礙者成年監護及輔助宣告補助申請表

申請日期：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>身心障礙者(申請人)姓名</td><td></td><td>身分證字號</td><td></td><td>福利身份別</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>受託人(代理人)姓名</td><td></td><td>身分證字號</td><td></td><td>與身障者關係</td><td></td><td>蓋章</td><td></td></tr>
<tr><td>受託人通訊地址</td><td colspan="3"></td><td>電話</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>檢附文件</td><td colspan="7">一、□本申請表。
二、□領據。
三、□法院聲請狀。
四、□身心障礙手冊或身心障礙者證明正、反面。
五、□低收入戶、中低收入戶證明或其他福利身分生活補助費者證明文件。
六、□指定醫院鑑定收據或領據。
七、□具領人之郵局或金融機構存摺封面。
八、□切結書(改撥不同帳戶專用須檢附)。
九、□其他：</td></tr>
<tr><td>備註</td><td colspan="7">一、身心障礙者、收據之申請人應為同一人。
二、請於指定醫院完成鑑定後 6 個月內，檢附上開文件郵寄或親送至花蓮縣政府社會處社會福利科(970 花蓮市府前路 17 號社會處社會福利科)。
三、聯絡電話：(03)8227171</td></tr>
<tr><td>縣政府審核結果</td><td colspan="7">□ 不符補助規定：

□ 符合補助標準，總計補助金額：　　元</td></tr>
<tr><td>承辦人</td><td></td><td>科長</td><td></td><td>副處長</td><td></td><td>處長</td><td></td></tr>
</table>