

秀林鄉重大疾病及身心障礙者尿布(褲)補助申請書

申請日期： 年 月 日

申請人	申請人姓名		申請人蓋章	
	申請人身份證字號		申請人出生日期	
	受託人		受託人蓋章	
	戶籍地址	花蓮縣秀林鄉 村 鄰 號		
	通訊地址	花蓮縣秀林鄉 村 鄰 號		
	聯絡電話	()		
切結書	本人_____未領取花蓮縣政府辦理身心障礙者及老人照顧需求服務之尿布補助或其他政府機關相同性質之補助，經查證如有不實，本人願負一切法律責任，並繳回溢領之補助款項。			
應備文件	<input type="checkbox"/> 申請書。 <input type="checkbox"/> 購買收據正本。 <input type="checkbox"/> 申請人存簿影本。 <input type="checkbox"/> 申請人印章。 <input type="checkbox"/> 領據。 <input type="checkbox"/> 重大傷病或身障手冊重度相關證明。 <input type="checkbox"/> 申請人戶籍謄本正本(距申請日最近三個月內) 。			
初村辦公處審	<input type="checkbox"/> 符合補助規定，補助金額為新臺幣 元整。 <input type="checkbox"/> 不符補助規定，原因： 村幹事核章： 村長核章：			
複鄉公所審	<input type="checkbox"/> 符合補助規定，補助金額為新台幣 元整。 <input type="checkbox"/> 不符補助規定，原因： 承辦人： 課長： 鄉長：			

領 據

茲收到花蓮縣秀林鄉公所核發尿布(褲)補助金

新台幣 萬 仟 佰 拾 元整無誤，此據。

領款人： (簽名並蓋章)

身分證字號：

戶籍地址：花蓮縣秀林鄉 村 鄰 號

電話：

中 華 民 國 年 月 日

茲同意本人之補助金匯入以下指定金融機構之本人帳戶(詳如附貼存摺影本)，相關匯款手續費用自救助金扣除。

蓋章：

注意：

- 1.指定新秀地區農會帳戶者免扣手續費。
- 2.未蓋章者視為未同意，由本所開立公庫支票支付。

金融機構存摺影本浮貼處