

社團法人台北市脊髓損傷者協會

急難關懷金申請表

申請日期：

個案基本資料										
申請者姓名	出生日期	身分證字號						性 別		
								男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>		
補助對象	<input type="checkbox"/> 本會會員 <input type="checkbox"/> 準會員(僅限請領一次,正式成為協會會員即享本會會員之權利。)		申請資格	<input type="checkbox"/> 初次罹患重大傷病或重大手術治療者。 <input type="checkbox"/> 因故意外受傷或因疾病住院者,住院五天以上,一年申請一次為限。(註:以申請日起算一年內。) <input type="checkbox"/> 家庭發生重大事故或因特殊事故,造成會員生活困頓。			婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
聯絡地址	戶籍地： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 通訊地(現址)： <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						聯絡電話			
住屋狀況	住屋形式： <input type="checkbox"/> 公寓 <input type="checkbox"/> 大樓 <input type="checkbox"/> 鐵皮屋 <input type="checkbox"/> 平房 <input type="checkbox"/> 透天厝 <input type="checkbox"/> 其它：_____ 居家是否無障礙： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否									
案家急難概況描述										
前次申請時間		_____年_____月_____日審查核准。 <input type="checkbox"/> 第一次申請								
填寫者			與申請者關係				聯絡電話	電話： 手機：		
核辦情形	1. 經_____年_____月_____日審查核准。 2. 因_____礙難照准。						理事長			