

國軍退除役官兵輔導委員會所屬醫療機構附設住宿式 長期照顧機構公務預算補助專案入住申請表

醫院名稱：

編號：

申請時間： 年 月 日			
申請人姓名	國民身分證 統一編號	出生年月日	戶籍地址
		年 月 日 歲	縣市 鄉鎮市區 村里 路街 段 巷 弄 號 樓之

退役時軍階		室內電話 ()	
		行動電話	
是否領有 退休俸	<input type="checkbox"/> 是： 元/年 <input type="checkbox"/> 否	是否 有眷	<input type="checkbox"/> 是【 <input type="checkbox"/> 妻、 <input type="checkbox"/> （養）子女】 <input type="checkbox"/> 否
應 附 文 件	一、基本文件： <input type="checkbox"/> 戶口名簿影本或本會榮民眷資料庫查詢資料 <input type="checkbox"/> 輔導訪視紀錄 <input type="checkbox"/> 郵局存簿封面影本及內頁明細 二、財力證明文件：(三擇一) <input type="checkbox"/> 低收或中低收入戶證明 <input type="checkbox"/> 中低收入老人生活津貼證明 <input type="checkbox"/> 村里長清寒證明（應另附全戶綜合所得證明）		三、健康評估證明文件： <input type="checkbox"/> 醫師診斷書或意見書 （須註明有住宿式長照服務需求）
	備註：上開證明文件需在有效期限內。		
醫 院 初 審 結 果	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合		
	承辦人	科(室)主管	院長

