

(附件一)

臺北市原住民全民健康保險費補助申請書

申請人姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
身分證字號		族 別	族	年 齡	歲
身 分 別	<input type="checkbox"/> 非自願性失業 <input type="checkbox"/> 家庭經濟突陷困境或類似特殊情況者				
申 請 月 份 及 眷 屬	自民國____年____月至民國____年____月止，計____個月				
	申請補助人口數： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人、配偶及子女計____人（詳如名冊，若與配偶及子女分戶者，應檢附配偶及子女之戶籍謄本，但本府原民會已有相關資料足以證明者外）				
戶 地 籍 址	臺北市 區 路 街 段 巷 弄 號 樓 之				
聯 地 絡 址	臺北市 區 路 街 段 巷 弄 號 樓 之				
聯 電 絡 話	(日) (夜) (行動電話)				
檢 資 附 料	<input type="checkbox"/> 非自願性失業者： <input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 切結書 <input type="checkbox"/> 非自願性失業證明書（載明離職原因） <input type="checkbox"/> 戶籍謄本乙份（由本會查調） <input type="checkbox"/> 家庭經濟突陷困境或類似特殊情況者： <input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 切結書 <input type="checkbox"/> 失蹤報案單 <input type="checkbox"/> 戶籍除戶資料證明者或死亡證明者 <input type="checkbox"/> 最近一個月醫療院所開立之證明文件 <input type="checkbox"/> 子女出生證明或其戶籍資料 <input type="checkbox"/> 尚在有效期限內之身心障礙手冊影本 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本乙份（由本會查調）				
申請人簽名		申請日期		年 月 日	
初審（區公所） <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合			複 審（原民會） <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合		
承 辦 人		承 辦 人			
課 長		組 長			
主任秘書		專門委員			
區 長		主任秘書			
		主任委員			

