連江縣失能老人營養保健及醫護用品補助申請書

一、申請人基本資料： 申請日期：　　年　　月　　日

申請人姓名	身分證字號	申請人聯絡電話	
		住家	手機
出生日期	設籍日期		
戶籍地址			
現住地址			
申請人帳戶	戶名：　　局號：　　帳號：		

本人申請本項補助，所提供以上資料皆據實填報，若有虛報不實情形經查獲者，除無條件繳回本項補助外，願負一切法律責任，並同意授權鄉公所與縣政府查調相關資料，配合查核，絕無異議。

申請人:　　（簽名或蓋章）

委託(授權)代申請（若由他人代送者，應簽署本欄，若掛號郵寄或親送者免填）

委託人(即申請人)茲已瞭解並將申請失能老人營養品保健、醫護用品補助事宜委託(授權)受委託人：　　（簽名或蓋章）(國民身分證統一編號：　　）代辦，如有糾紛致影響申請人權益，概由委託人自行負責。

二、鄉公所初審結果：(以下欄位申請人免填) 初審日期：　　年　　月　　日

□本案符合補助規定。

□經核不符合補助規定，函復知悉。

承辦人：

三、縣政府複審結果： 複審日期：　　年　　月　　日

□本案符合補助規定。

□經核不符合補助規定，函復知悉。

承辦人：

連江縣失能老人營養保健及醫護用品補助消費明細表

姓名(申請人)：　　出生年月日:　　年　　月　　日

戶籍地址：_____

消費 日期	品　　名 （如發票為代碼者請詳填明細）	數量	單價	總價	廠商
總計					

消費期間：　年　　月至　　月

※ 每人每月補助1,500元，每季最高補助4,500元。

本人申請_____年____月～____月老人營養保健及醫療用品補助，所提供以上資料皆據實填報，若有虛報不實情形經查獲者，除無條件繳回本項補助外，願負一切法律責任。

申請(填表)人：_____(親筆簽名或蓋章)

領據	茲收到**連江縣政府辦理老人營養保健及醫護用品補助** 年　月至　年　月之補助，合計**新臺幣　萬　仟　佰　拾　元整** 此致 連江縣政府 具領人簽名或蓋章(私章)：　　身分證統一編號： 具領人地址：　縣　鄉　村路(街)　號　樓 具領人　局號：　　帳號：

----------粘　貼　處----------

請在此**浮貼**單據