**113年度住宿式服務機構使用者補助方案代收件資料名冊**

機構名稱:

機構送件人員簽章： 社會局收件人員簽章/日期:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序號 | 使用機構者姓名 | 113年入住機構起迄日 | 流水編號(由社會局填寫) |
| 1 |  |  | 113 社 \_ \_ \_ \_ |
| 2 |  |  | 113 社 \_ \_ \_ \_ |
| 3 |  |  | 113 社 \_ \_ \_ \_ |
| 4 |  |  | 113 社 \_ \_ \_ \_ |
| 5 |  |  | 113 社 \_ \_ \_ \_ |
| 6 |  |  | 113 社 \_ \_ \_ \_ |
| 7 |  |  | 113 社 \_ \_ \_ \_ |
| 8 |  |  | 113 社 \_ \_ \_ \_ |
| 9 |  |  | 113 社 \_ \_ \_ \_ |
| 10 |  |  | 113 社 \_ \_ \_ \_ |
| 11 |  |  | 113 社 \_ \_ \_ \_ |
| 12 |  |  | 113 社 \_ \_ \_ \_ |
| 13 |  |  | 113 社 \_ \_ \_ \_ |
| 14 |  |  | 113 社 \_ \_ \_ \_ |
| 15 |  |  | 113 社 \_ \_ \_ \_ |
| 若不敷使用，請自行往下新增 |

注意事項：

1. 請確認住民是否為「**領有中低收入失能老人機構公費安置費補助者**」或「**依身心障礙者日間照顧及住宿式照費用補助辦法第2條規定本年度曾經或已經領取補助者**」，**若「有」則不符本方案申請資格**。
2. 符合補助條件之使用機構者，於申請日前**已離開機構返家**或**已歿者**，因已有入住機構事實，且符合資格者亦可提出申請。