

桃園縣_____鄉(鎮、市)中低收入家庭內三歲以下兒童全民健保自付之保險費補助申請審核表

壹、基本資料：

一、申請日期：_____年_____月_____日 戶口名簿號：_____

二、戶籍地址：_____村(里)_____鄰_____路(街)_____段_____巷_____弄_____街_____號之_____號_____樓

三、通訊地址：_____村(里)_____鄰_____路(街)_____段_____巷_____弄_____街_____號之_____號_____樓

四、連絡電話：(_____)_____ 行動電話：_____

五、身份別：一般民眾 榮譽 原住民

六、投保單位：

貳、全家人口及收入狀況：

人口數	申領者	稱謂	姓名		性別		出生			足齡	職業		具領其他補助費(請填入代號)	收入項目(每月)						存款 (含有價證券、股票及投資)	全民健保 加保狀況	殘類別 及等級						
			身分證字號		男	女	年	月	日		無(原因)	有(請註明)		工作收入	不動產收入	利息收入	榮民院外 就養金	退休俸	其他收入				小計					
1																						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未納保						
2																							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未納保					
3																							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未納保					
4																							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未納保					
5																							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未納保					
6																							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未納保					
7																							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未納保					
8																							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未納保					
(人口欄位不足時，請在此浮貼)												小計																

以上所載全家人口及收入狀況均屬確實，倘有隱瞞或不實，本人願負偽造文書及冒領公款等法律責任。

申請人：

接受調查人：

蓋章

參、審核標準(請依據國稅局、稅捐稽徵單位提供財稅資料或實際調查資料填寫)

審核項目	鄉鎮市公所初審結果	縣政府核定結果
1. 全家人口數	人	人
2. 全家每月總收入	元	元
3. 平均每人每月收入	元	元
4. 全家人口存款利息	元	元
5. 推算存款本金(含有價證券、股票及投資)(年)	元	元
6. 土地共_____筆 依公告地價合計	元	元
7. 房屋共_____棟 按評定標準價格計	元	元
8. 土地房屋合計	元	元

備註：
 1. 全家經濟狀況及財稅資料(附貼財稅資料)
 2. 本年度最低生活費=9829元
 3. 本年度最低生活費×1.5倍=14744元
 4. 存款本金一定金額數=_____元
 (150,000×全家人口數)
 5. 土地房屋價值不得超過 6,500,000 元

肆、初審意見及簽章

初核結果 符合補助 不符合補助

調查員	承辦人	課長	鄉鎮市長
-----	-----	----	------

伍、復核結果及簽章：

復核結果 符合補助 不符合補助

承辦人	課長	社會局長	縣長
-----	----	------	----