

臺南市南天府慈善會社會救助案件通報表

※請依通報案件類型及個案需求填寫下列欄位：

通報案件類型	<input type="checkbox"/> 生活扶助 <input type="checkbox"/> 急難救助 <input type="checkbox"/> 醫療補助
通報單位	通報來源： <input type="checkbox"/> 教育人員/保育人員 <input type="checkbox"/> 社會工作人員 <input type="checkbox"/> 民政（里幹事/里辦公處/鄰長） <input type="checkbox"/> 醫事人員（醫院/診所/衛生所/心理衛生中心） <input type="checkbox"/> 警察人員 <input type="checkbox"/> 司法人員 <input type="checkbox"/> 社團/機構 <input type="checkbox"/> 社區發展協會 <input type="checkbox"/> 本會會務人員 <input type="checkbox"/> 其他_____
	通報單位：_____（名稱） 通報人姓名：_____ 聯絡電話：_____
受理者	受理人員：_____
	受理通報時間：____年____月____日____時____分
個案基本資料	姓名：_____ 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期：____年____月____日 身分證字號：_____ 電話：_____ 手機：_____
	地址：____市____區____里____鄰____路（街）____段____巷____弄____號____樓

生活扶助	1. 事由： <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 2. 事由略述及相關證明：
急難救助	1. 事故發生者： <input type="checkbox"/> 一般市民 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 2. 事由： <input type="checkbox"/> 喪葬救助 <input type="checkbox"/> 傷病救助 <input type="checkbox"/> 生活救助 <input type="checkbox"/> 遭遇急難事故 3. 相關證明文件：
醫療補助	1. 事故發生者： <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 符合最低生活費1.5倍者 2. 事由：罹患傷病名_____ 自付醫療費用金額_____元
核定受理	