

## 屏東縣政府 函

地址：900219屏東縣屏東市自由路527號  
承辦人：楊媚帆  
電話：(08)7320415#3681  
傳真：(08)7320185  
電子信箱：a251963@oa.pthg.gov.tw

受文者：屏東縣立大同高級中學

發文日期：中華民國113年4月1日

發文字號：屏府教學字第11313988000號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明四 (4967552\_11313988000\_1\_4967552\_11313988000\_3.docx、  
4967552\_11313988000\_1\_4967552\_11313988000\_4.docx)

主旨：函轉有關合作金庫商業銀行擔任公益信託厚高急難救助基金之受託人，提供全國清寒家庭遭遇急難之生活扶助、醫療補助、喪葬補助及緊急災害救助等協助，申請辦法詳如說明，請查照。

說明：

一、依本府113年3月29日屏府社助字第11313059200號函辦理。

二、旨述公益信託補助原則如下：

(一)為有效整合資源，以不重複政府或其他單位補助為原則。

(二)公益信託之補助須符合專款專用之原則。

(三)原則上每案補助金額最高以新臺幣五萬元為限，若受助個案情況特別或需求經費超過本公益信託補助上限，將視個別狀況以專案方式處理。

三、補助對象及申請應檢具文件：

(一)生活扶助：

## 1、補助對象：

- (1) 陷入困境之未滿十八歲之兒童、青少年。
- (2) 家中主要經濟負擔者，因遭受緊急災難（例如：車禍、火災、失蹤…）、重大疾病（重病、法定傳染病、特殊疾病…）、重大天然災害導致生活陷於困境，包含單親、家中有重度以上身心障礙者或在學學生的家庭。

## 2、應檢具文件：

- (1) 必備文件：身分證影本、戶籍資料。
- (2) 其他文件：機構轉介單、身心障礙手冊影本、學生證或其他相關證明文件。

## (二) 醫療補助：

- 1、補助對象：罹患嚴重傷、病，所需醫療費用不是本人或扶養義務人所能負擔者，而且額外增加的醫療費用不在健保局或勞保局給付範圍之內。
- 2、應備文件：身分證影本、戶籍資料、機構轉介單、醫院診斷書、醫療費用收據或其他相關證明文件。

## (三) 喪葬補助：

- 1、補助對象：弱勢家庭遭遇變故，致生活陷入困境，無法負擔喪葬費用者。
- 2、應備文件：身分證影本、戶籍資料、醫院診斷書、死亡證明書或其他相關證明文件。

## (四) 緊急災害救助：

- 1、補助對象：重大天然或人為災害導致家庭重大損害（如房子損毀無法居住），短期內影響生活者，予以

災害即時救助。

2、應備文件：身分證影本、戶籍資料、醫院診斷書、死亡證明書或其他相關證明文件。

四、申請及審核程序如下：

(一)申請人直接填寫「公益信厚高急難救助基金申請表」及「公益信託厚高急難救助基金『個案家庭狀況』表單」及檢附相關應備文件透過各縣市政府社會局處、鄉鎮公所或學校、社福機構等機關團體向本公益信託受託人提出申請。

(二)審核程序：先由前述單位就相關文件審核評估後送交於合作金庫銀行信託部，將由本公益信託受託人審核並評估給付與否及金額，如經審核通過，補助金額以本公益信託補助款名義匯入申請人之帳戶，以每月給付一次為原則。作金庫銀行信託部，將由本公益信託受託人審核並評估給付與否及金額，如經審核通過，補助金額以本公益信託補助款名義匯入申請人之帳戶，以每月給付一次為原則。

(三)檢附「公益信厚高急難救助基金申請表」及「公益信託厚高急難救助基金『個案家庭狀況』表單」各1份。

正本：各國中、各國小、本縣各公立高中職、本縣各私立高中學校、本縣各私立職業學校

副本：本府教育處學務管理科



本案依分層負責規定授權業務主管決行

## 公益信託厚高急難救助基金申請表

申請日期\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

申請人 (受助對象)	出生日期 (設立日期)
身分證字號 (統一編號)	職業
戶籍地址 (法人登記地址)	
通訊地址	
受助對象之 銀行存款帳號	銀行：                    帳號：                    戶名：
聯絡電話	(日)                    (夜)                    (手機)
電子信箱	
聯絡人	(如與受助對象同一人，則免填)
通訊地址	
聯絡電話	(日)                    (夜)                    (手機)
電子信箱	
申請原因	
擬申請補助金	新臺幣                    元整。
預期效益	
檢附應備證明文件	<input type="checkbox"/> 申請人(受助對象)相關身分證明文件影本__份 <input type="checkbox"/> 計劃書乙份(申請人如為財團/社團法人檢附) <input type="checkbox"/> 存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 其他相關文件：身心障礙手冊(或證明)、醫院診斷證明書、清寒證明等
審查意見	
審查結果	<input type="checkbox"/> 同意補助金額新台幣                    元整。 <input type="checkbox"/> 婉拒 審查人簽章：審查日期：    年    月    日

- 註：1. 審查意見及結果由本公益信託受託人(合作金庫銀行信託部)填寫，其於請客戶自行填寫。  
 2. 本公益信託受託人將於收到相關文件後一個月內，完成審查及評定。  
 3. 郵寄地址：10552 台北市松山區長安東路二段 225 號 10 樓 合作金庫銀行信託部公益信託收。

**公益信託厚高急難救助基金『個案家庭狀況』表單**

個案姓名	個案編號	年齡	性別	日期： 年 月
		歲	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	居住地址：
個案來源				轉介單位訪問方式：
訪問紀錄	日期： 年 月 日			合庫信託部訪問方式： 訪查員：
家庭概況	1. 案主： 2. 配偶： 3. 父/母親： 4. 兄弟姊妹： 5. 子女：			
目前狀況	一、問題主述：        二、家庭支持網絡：			
一、家庭總收入：            元  二、家庭總支出：約            元 1.每月家庭最低生活費：約            元(以成人每人 12,388 元+兒童每人 6,194 元) (最低生活費參考中央主計機關所公布當地區最近一年度每人可支配所得中位數 60%定之) 三、收支比： 四、社會資源： <b>【常態/持續性補助】</b>          <b>【單次性補助】</b>				

協助計劃	<p>一、本案符合公益信託厚高急難救助基金補助標準：</p> <p>二、受託人合作金庫銀行信託部評估：</p>			
審核	<table><tr><td data-bbox="225 512 699 739">部門主管 _____ 日期：__年__月__日</td><td data-bbox="699 512 1109 739">會簽  日期：__年__月__日</td><td data-bbox="1109 512 1497 739">承辦人 胡美珠 日期：__年__月__日</td></tr></table>	部門主管 _____ 日期：__年__月__日	會簽  日期：__年__月__日	承辦人 胡美珠 日期：__年__月__日
部門主管 _____ 日期：__年__月__日	會簽  日期：__年__月__日	承辦人 胡美珠 日期：__年__月__日		