

縣

鄉（鎮、市）花東地區原住民族居家衛生設備改善實施計畫申請表

壹、基本資料：

申請日期：民國 年 月 日

申請人姓名							房屋所有權人	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家人		<input type="checkbox"/> 申請居家衛生設備文件
出生年月日	民國	年	月	日						
身分證字號										一、申請人全戶人口證明： <input type="checkbox"/> 申請人同一址之全戶戶口名簿（影本）或戶籍謄本。 二、房屋證明文件如下任一正本： <input type="checkbox"/> （一）建物登記謄本。 <input type="checkbox"/> （二）房屋稅籍及村（里）長出具證明。 <input type="checkbox"/> （三）水費繳費證明及村（里）長出具證明。 <input type="checkbox"/> （四）電費繳費證明及村（里）長出具證明。 三、向戶籍地公所申請低收入或中低收入證明。 <input type="checkbox"/> 低收入戶證明；或 <input type="checkbox"/> 中低收入戶證明。 四、其他 <input type="checkbox"/> 預計修繕工程估價單（所需之工程、材料、工資等估價單）。 <input type="checkbox"/> 入帳金融機構存摺封面影本。
戶籍地址	鄉（鎮、市）						村（里）		鄰	
	路（街）						巷	段	弄	號之
										號
	樓									
	鄉（鎮、市）						村（里）		鄰	
	路（街）						巷	段	弄	號之
										號
	樓									
聯絡電話	(公)：						(宅)：			
	行動電話：									

貳、審核標準：

編號	審核項目	鄉鎮市公所初審結果	縣市政府核定結果
----	------	-----------	----------

1	衛生設備汰換項目：1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	<input type="checkbox"/> 屬實____項 <input type="checkbox"/> 不符____項	<input type="checkbox"/> 屬實____項 <input type="checkbox"/> 不符____項
2	近五年未曾獲政府其他相關計畫補助。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	

參、初審意見：（鄉、鎮、市公所）

核定意見：（縣政府）

<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	調查員	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	承辦員
	承辦員		科長
	課長		處長