

申請本縣弱勢兒童及少年醫療費用補助戶內人口切結調查表

一・本人_____申請本縣弱勢兒童及少年醫療費用補助，願依規定切結下列事項：

(一) 本人同意審查單位查調應計人口戶籍、家庭總收入（含財產）等財稅資料及其他必要文件。

1. 本人 同意 不同意 本案之資料，提供本府結合民間資源，作為相關捐助之用。

2. 本人未重複申領政府發放之同性質之補助。

3. 本人 無 有 確實居住本縣，所檢附之戶籍謄本為全家人數屬實無訛。

4. 戶內人口調查：

(1) 本人確實生育兒子計____名（已婚____名，已歿____名）；生育女兒計____名（已婚____名，已歿____名）。

5. 依雲林縣弱勢兒童及少年醫療費用補助審核作業要點第四點第二項規定：

戶內應計人口_____
共計____名。

6. 戶內人口具領其他福利津貼：

老農津貼 敬老津貼 退休（役）俸_____元 其他津貼_____元

二. 依據弱勢兒童及少年生活扶助與托育及醫療費用補助辦法第 14 條及本縣弱勢兒童及少年醫療費用補助審核作業要點第 8 點規定，申請醫療費用補助有下列情形之一者，不予補助；已領取者，應撤銷准予補助之處分，並限期命其返還，逾限未繳還者，移送強制執行，若涉及刑事責任則移送司法機關辦理。但因不可歸責申請人之事由且依法令得補正時，不在此限：

(一) 同一事故已依其他法令取得政府補助。

(二) 提供不實資料、拒絕或隱匿提供縣（市）主管機關所要求之資料者。

(三) 以虛偽證明、詐欺或其他不正當行為申請或取得補助。

此致

雲林縣政府

立切結書人： (簽章)

身分證字號：

戶籍地址：

居住地址：

聯絡電話：

與兒童少年關係：

申請日期： 年 月 日 (若有塗改，塗改處請蓋章)