

臺北市 幸安國小 113學年度第1學期安心就學溫馨輔導計畫申請表

申請時間：113 年 9 月

| <input type="checkbox"/> 不申請補助(免填此表) <input type="checkbox"/> 申請補助(請填妥此表)     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                       |                               |              |                                                                                                                                                                       |                                |              |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                       |                                           |                                                 |                                                                                                                                       |                                                           |                                                                                                                                |                                                                                                                                       |                               |                   |                                                                                                                                      |                                |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 |                                                                                                           |                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請人<br>(學生)                                                                   | <table border="1"> <tr> <th>姓名</th> <th>就讀班級</th> <th>身分證統一編號</th> <th>性別</th> <th>出生年月日</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 姓名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 就讀班級                                                                                                                                                                  | 身分證統一編號                                                                                                                               | 性別                            | 出生年月日        |                                                                                                                                                                       |                                |              |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                       |                                           |                                                 |                                                                                                                                       |                                                           |                                                                                                                                |                                                                                                                                       |                               |                   |                                                                                                                                      |                                |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 |                                                                                                           |                                                                                                                                                                         |
|                                                                               | 姓名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 就讀班級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 身分證統一編號                                                                                                                                                               | 性別                                                                                                                                    | 出生年月日                         |              |                                                                                                                                                                       |                                |              |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                       |                                           |                                                 |                                                                                                                                       |                                                           |                                                                                                                                |                                                                                                                                       |                               |                   |                                                                                                                                      |                                |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 |                                                                                                           |                                                                                                                                                                         |
|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                       |                               |              |                                                                                                                                                                       |                                |              |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                       |                                           |                                                 |                                                                                                                                       |                                                           |                                                                                                                                |                                                                                                                                       |                               |                   |                                                                                                                                      |                                |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 |                                                                                                           |                                                                                                                                                                         |
| 家長<br>(監護人)                                                                   | <table border="1"> <tr> <th>姓名</th> <th>聯絡電話</th> <th>身分證統一編號</th> <th>稱謂</th> <th>家長(監護人)簽章</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 姓名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 聯絡電話                                                                                                                                                                  | 身分證統一編號                                                                                                                               | 稱謂                            | 家長(監護人)簽章    |                                                                                                                                                                       |                                |              |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                       |                                           |                                                 |                                                                                                                                       |                                                           |                                                                                                                                |                                                                                                                                       |                               |                   |                                                                                                                                      |                                |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 |                                                                                                           |                                                                                                                                                                         |
| 姓名                                                                            | 聯絡電話                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 身分證統一編號                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 稱謂                                                                                                                                                                    | 家長(監護人)簽章                                                                                                                             |                               |              |                                                                                                                                                                       |                                |              |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                       |                                           |                                                 |                                                                                                                                       |                                                           |                                                                                                                                |                                                                                                                                       |                               |                   |                                                                                                                                      |                                |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 |                                                                                                           |                                                                                                                                                                         |
|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                       |                               |              |                                                                                                                                                                       |                                |              |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                       |                                           |                                                 |                                                                                                                                       |                                                           |                                                                                                                                |                                                                                                                                       |                               |                   |                                                                                                                                      |                                |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 |                                                                                                           |                                                                                                                                                                         |
| 學生身分(請家長擇一勾選)                                                                 | <table border="1"> <tr> <th>身分別</th> <th>學生應備證明文件</th> <th>申請補助項目</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 低收入戶</td> <td>相關證明文件：_____</td> <td rowspan="2"> <input type="checkbox"/> 家長會費<br/> <input type="checkbox"/> 學生團體保險費<br/> <input type="checkbox"/> 午餐費<br/> <input type="checkbox"/> 教科書費<br/> <input type="checkbox"/> 課後照顧班費                             </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 中低收入戶</td> <td>相關證明文件：_____</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 家庭突遭變故，致經濟陷入困境者<br/><br/> <b>需有相關證明</b> </td> <td>                     ※請勾選，並檢附證明文件：<br/> <input type="checkbox"/> 1. 六個月內家長或主要收入者失業、受裁員、無薪假或失能。<br/> <input type="checkbox"/> 2. 六個月內家庭遭逢重大災難。<br/> <input type="checkbox"/> 3. 本人為「特殊境遇家庭」子女。(須檢具社會局核定函)<br/> <input type="checkbox"/> 4. 本人領有「弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助」。(須檢具社會局核定函)<br/> <input type="checkbox"/> 5. 本人、父母(監護人)或同戶人口領有「身心障礙者生活補助」。(須檢具社會局扶助金核撥函)<br/> <input type="checkbox"/> 6. 父母(監護人)或同戶人口領有「中低收入老人生活津貼」。(須檢具社會局扶助金核撥函，非國民年金)                 </td> <td rowspan="2"> <input type="checkbox"/> 家長會費<br/> <input type="checkbox"/> 學生團體保險費<br/> <input type="checkbox"/> 午餐費<br/> <input type="checkbox"/> 教科書費<br/> <input type="checkbox"/> 課後照顧班費                             </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 家庭情況特殊，無法檢具相關證明者                 </td> <td><input type="checkbox"/> 家長書面說明：請檢附書面資料，並簽章壓上日期</td> <td rowspan="2"> <input type="checkbox"/> 家長會費<br/> <input type="checkbox"/> 學生團體保險費<br/> <input type="checkbox"/> 教科書費<br/> <input type="checkbox"/> 課後照顧班費                             </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 家戶年所得在35萬元以下者(不含年利息)，且年利息收入低於2萬元                 </td> <td>                     1. 戶口名簿(甲式)影本或戶籍謄本影本<br/>                     2. 父與母之111年度綜合所得資料清單各1份；監護人非父母者，應備齊有學生監護權之戶口名簿(甲式)或戶籍謄本，以及監護人之綜合所得資料清單各1份<br/>                     ※家戶年所得收入_____元，利息所得_____元                 </td> <td rowspan="2"> <input type="checkbox"/> 家長會費<br/> <input type="checkbox"/> 學生團體保險費<br/> <input type="checkbox"/> 教科書費<br/> <input type="checkbox"/> 課後照顧班費                             </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 原住民族                 </td> <td>戶口名簿(甲式)影本或戶籍謄本影本</td> <td> <input type="checkbox"/> 學生團體保險費<br/> <input type="checkbox"/> 午餐費<br/> <input type="checkbox"/> 教科書費<br/> <input type="checkbox"/> 課後照顧班費                             </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 軍公教遺族                 </td> <td>                     ※證明文件名稱：_____<br/>                     如：卹亡給與令、撫卹令、傷殘撫卹令、年撫卹助(卹)金證書等                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 教科書費(限因公死亡)<br/>                     ※身分別：<br/> <input type="checkbox"/> 全公費<br/> <input type="checkbox"/> 半公費(不得支領主食費)<br/>                     ※申請項目：<br/> <input type="checkbox"/> 書籍費    <input type="checkbox"/> 制服費<br/> <input type="checkbox"/> 主食費    <input type="checkbox"/> 副食費                 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 身心障礙學生                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 經「臺北市特殊教育學生鑑定及就學輔導會」鑑定核發之證明<br/><br/> <input type="checkbox"/> 本府社會局核發之有效期限內之身心障礙證明                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 課後照顧班費<br/><br/> <input type="checkbox"/> 學生團體保險費(限重度以上身心障礙資格領有身心障礙手冊或證明者或其子女)<br/> <input type="checkbox"/> 課後照顧班費<br/> <input type="checkbox"/> 午餐費                             </td> </tr> </table> | 身分別                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 學生應備證明文件                                                                                                                                                              | 申請補助項目                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 低收入戶 | 相關證明文件：_____ | <input type="checkbox"/> 家長會費<br><input type="checkbox"/> 學生團體保險費<br><input type="checkbox"/> 午餐費<br><input type="checkbox"/> 教科書費<br><input type="checkbox"/> 課後照顧班費 | <input type="checkbox"/> 中低收入戶 | 相關證明文件：_____ | <input type="checkbox"/> 家庭突遭變故，致經濟陷入困境者<br><br><b>需有相關證明</b> | ※請勾選，並檢附證明文件：<br><input type="checkbox"/> 1. 六個月內家長或主要收入者失業、受裁員、無薪假或失能。<br><input type="checkbox"/> 2. 六個月內家庭遭逢重大災難。<br><input type="checkbox"/> 3. 本人為「特殊境遇家庭」子女。(須檢具社會局核定函)<br><input type="checkbox"/> 4. 本人領有「弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助」。(須檢具社會局核定函)<br><input type="checkbox"/> 5. 本人、父母(監護人)或同戶人口領有「身心障礙者生活補助」。(須檢具社會局扶助金核撥函)<br><input type="checkbox"/> 6. 父母(監護人)或同戶人口領有「中低收入老人生活津貼」。(須檢具社會局扶助金核撥函，非國民年金) | <input type="checkbox"/> 家長會費<br><input type="checkbox"/> 學生團體保險費<br><input type="checkbox"/> 午餐費<br><input type="checkbox"/> 教科書費<br><input type="checkbox"/> 課後照顧班費 | <input type="checkbox"/> 家庭情況特殊，無法檢具相關證明者 | <input type="checkbox"/> 家長書面說明：請檢附書面資料，並簽章壓上日期 | <input type="checkbox"/> 家長會費<br><input type="checkbox"/> 學生團體保險費<br><input type="checkbox"/> 教科書費<br><input type="checkbox"/> 課後照顧班費 | <input type="checkbox"/> 家戶年所得在35萬元以下者(不含年利息)，且年利息收入低於2萬元 | 1. 戶口名簿(甲式)影本或戶籍謄本影本<br>2. 父與母之111年度綜合所得資料清單各1份；監護人非父母者，應備齊有學生監護權之戶口名簿(甲式)或戶籍謄本，以及監護人之綜合所得資料清單各1份<br>※家戶年所得收入_____元，利息所得_____元 | <input type="checkbox"/> 家長會費<br><input type="checkbox"/> 學生團體保險費<br><input type="checkbox"/> 教科書費<br><input type="checkbox"/> 課後照顧班費 | <input type="checkbox"/> 原住民族 | 戶口名簿(甲式)影本或戶籍謄本影本 | <input type="checkbox"/> 學生團體保險費<br><input type="checkbox"/> 午餐費<br><input type="checkbox"/> 教科書費<br><input type="checkbox"/> 課後照顧班費 | <input type="checkbox"/> 軍公教遺族 | ※證明文件名稱：_____<br>如：卹亡給與令、撫卹令、傷殘撫卹令、年撫卹助(卹)金證書等 | <input type="checkbox"/> 教科書費(限因公死亡)<br>※身分別：<br><input type="checkbox"/> 全公費<br><input type="checkbox"/> 半公費(不得支領主食費)<br>※申請項目：<br><input type="checkbox"/> 書籍費 <input type="checkbox"/> 制服費<br><input type="checkbox"/> 主食費 <input type="checkbox"/> 副食費 | <input type="checkbox"/> 身心障礙學生 | <input type="checkbox"/> 經「臺北市特殊教育學生鑑定及就學輔導會」鑑定核發之證明<br><br><input type="checkbox"/> 本府社會局核發之有效期限內之身心障礙證明 | <input type="checkbox"/> 課後照顧班費<br><br><input type="checkbox"/> 學生團體保險費(限重度以上身心障礙資格領有身心障礙手冊或證明者或其子女)<br><input type="checkbox"/> 課後照顧班費<br><input type="checkbox"/> 午餐費 |
|                                                                               | 身分別                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 學生應備證明文件                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 申請補助項目                                                                                                                                                                |                                                                                                                                       |                               |              |                                                                                                                                                                       |                                |              |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                       |                                           |                                                 |                                                                                                                                       |                                                           |                                                                                                                                |                                                                                                                                       |                               |                   |                                                                                                                                      |                                |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 |                                                                                                           |                                                                                                                                                                         |
|                                                                               | <input type="checkbox"/> 低收入戶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 相關證明文件：_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 家長會費<br><input type="checkbox"/> 學生團體保險費<br><input type="checkbox"/> 午餐費<br><input type="checkbox"/> 教科書費<br><input type="checkbox"/> 課後照顧班費 |                                                                                                                                       |                               |              |                                                                                                                                                                       |                                |              |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                       |                                           |                                                 |                                                                                                                                       |                                                           |                                                                                                                                |                                                                                                                                       |                               |                   |                                                                                                                                      |                                |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 |                                                                                                           |                                                                                                                                                                         |
|                                                                               | <input type="checkbox"/> 中低收入戶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 相關證明文件：_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                       |                               |              |                                                                                                                                                                       |                                |              |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                       |                                           |                                                 |                                                                                                                                       |                                                           |                                                                                                                                |                                                                                                                                       |                               |                   |                                                                                                                                      |                                |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 |                                                                                                           |                                                                                                                                                                         |
|                                                                               | <input type="checkbox"/> 家庭突遭變故，致經濟陷入困境者<br><br><b>需有相關證明</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ※請勾選，並檢附證明文件：<br><input type="checkbox"/> 1. 六個月內家長或主要收入者失業、受裁員、無薪假或失能。<br><input type="checkbox"/> 2. 六個月內家庭遭逢重大災難。<br><input type="checkbox"/> 3. 本人為「特殊境遇家庭」子女。(須檢具社會局核定函)<br><input type="checkbox"/> 4. 本人領有「弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助」。(須檢具社會局核定函)<br><input type="checkbox"/> 5. 本人、父母(監護人)或同戶人口領有「身心障礙者生活補助」。(須檢具社會局扶助金核撥函)<br><input type="checkbox"/> 6. 父母(監護人)或同戶人口領有「中低收入老人生活津貼」。(須檢具社會局扶助金核撥函，非國民年金) | <input type="checkbox"/> 家長會費<br><input type="checkbox"/> 學生團體保險費<br><input type="checkbox"/> 午餐費<br><input type="checkbox"/> 教科書費<br><input type="checkbox"/> 課後照顧班費 |                                                                                                                                       |                               |              |                                                                                                                                                                       |                                |              |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                       |                                           |                                                 |                                                                                                                                       |                                                           |                                                                                                                                |                                                                                                                                       |                               |                   |                                                                                                                                      |                                |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 |                                                                                                           |                                                                                                                                                                         |
|                                                                               | <input type="checkbox"/> 家庭情況特殊，無法檢具相關證明者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 家長書面說明：請檢附書面資料，並簽章壓上日期                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 家長會費<br><input type="checkbox"/> 學生團體保險費<br><input type="checkbox"/> 教科書費<br><input type="checkbox"/> 課後照顧班費 |                               |              |                                                                                                                                                                       |                                |              |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                       |                                           |                                                 |                                                                                                                                       |                                                           |                                                                                                                                |                                                                                                                                       |                               |                   |                                                                                                                                      |                                |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 |                                                                                                           |                                                                                                                                                                         |
|                                                                               | <input type="checkbox"/> 家戶年所得在35萬元以下者(不含年利息)，且年利息收入低於2萬元                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 1. 戶口名簿(甲式)影本或戶籍謄本影本<br>2. 父與母之111年度綜合所得資料清單各1份；監護人非父母者，應備齊有學生監護權之戶口名簿(甲式)或戶籍謄本，以及監護人之綜合所得資料清單各1份<br>※家戶年所得收入_____元，利息所得_____元                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 家長會費<br><input type="checkbox"/> 學生團體保險費<br><input type="checkbox"/> 教科書費<br><input type="checkbox"/> 課後照顧班費                                 |                                                                                                                                       |                               |              |                                                                                                                                                                       |                                |              |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                       |                                           |                                                 |                                                                                                                                       |                                                           |                                                                                                                                |                                                                                                                                       |                               |                   |                                                                                                                                      |                                |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 |                                                                                                           |                                                                                                                                                                         |
|                                                                               | <input type="checkbox"/> 原住民族                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 戶口名簿(甲式)影本或戶籍謄本影本                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 學生團體保險費<br><input type="checkbox"/> 午餐費<br><input type="checkbox"/> 教科書費<br><input type="checkbox"/> 課後照顧班費  |                               |              |                                                                                                                                                                       |                                |              |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                       |                                           |                                                 |                                                                                                                                       |                                                           |                                                                                                                                |                                                                                                                                       |                               |                   |                                                                                                                                      |                                |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 |                                                                                                           |                                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> 軍公教遺族                                                | ※證明文件名稱：_____<br>如：卹亡給與令、撫卹令、傷殘撫卹令、年撫卹助(卹)金證書等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 教科書費(限因公死亡)<br>※身分別：<br><input type="checkbox"/> 全公費<br><input type="checkbox"/> 半公費(不得支領主食費)<br>※申請項目：<br><input type="checkbox"/> 書籍費 <input type="checkbox"/> 制服費<br><input type="checkbox"/> 主食費 <input type="checkbox"/> 副食費                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                       |                               |              |                                                                                                                                                                       |                                |              |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                       |                                           |                                                 |                                                                                                                                       |                                                           |                                                                                                                                |                                                                                                                                       |                               |                   |                                                                                                                                      |                                |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 |                                                                                                           |                                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> 身心障礙學生                                               | <input type="checkbox"/> 經「臺北市特殊教育學生鑑定及就學輔導會」鑑定核發之證明<br><br><input type="checkbox"/> 本府社會局核發之有效期限內之身心障礙證明                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 課後照顧班費<br><br><input type="checkbox"/> 學生團體保險費(限重度以上身心障礙資格領有身心障礙手冊或證明者或其子女)<br><input type="checkbox"/> 課後照顧班費<br><input type="checkbox"/> 午餐費                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                       |                               |              |                                                                                                                                                                       |                                |              |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                       |                                           |                                                 |                                                                                                                                       |                                                           |                                                                                                                                |                                                                                                                                       |                               |                   |                                                                                                                                      |                                |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 |                                                                                                           |                                                                                                                                                                         |
| 學校審核(由學校填寫) <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合，原因：_____ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                       |                               |              |                                                                                                                                                                       |                                |              |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                       |                                           |                                                 |                                                                                                                                       |                                                           |                                                                                                                                |                                                                                                                                       |                               |                   |                                                                                                                                      |                                |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 |                                                                                                           |                                                                                                                                                                         |

班級導師

承辦人

主任

校長

★請家長填妥後繳交給導師簽章，並於9/20(五)前彙整後繳交至教務處註冊組，謝謝☺



安心就學補助輕鬆查