

# 新北市政府家庭暴力及性侵害被害人心理復健費用補助申請表

<b>申請人</b>	姓名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證統一編號：	
	通訊地址：			
	聯絡電話：(日)		(行動)	
<b>(法定) 代理人</b>	與申請人關係：			
	姓名：	身分證統一編號：		
	通訊地址： <input type="checkbox"/> 同兒童少年戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同兒童少年通訊地址 <input type="checkbox"/> 其他			
<b>申請所需文件</b>	<input type="checkbox"/> 申請表。 <input type="checkbox"/> 被害人身分證明文件。 <input type="checkbox"/> 被害人或其法定代理人領據正本。 <input type="checkbox"/> 諮商輔導人員、機構開立收據或領據正本。 <input type="checkbox"/> 地方檢察署處分書或法院判決書影本(申請時如無處分書或判決書則免付)。 <input type="checkbox"/> 因暴力事件尋求心理諮商、精神醫療服務證明文件：諮商機構開立之三個月內診斷證明書或服務提供證明書正本(須註明看診、諮商日期及諮商治療評估與處置摘要)。 <input type="checkbox"/> 非於諮商機構或醫療單位接受心理復健服務之被害人，須檢附諮商師專業資格證件(心理師證書及執業執照)影本。 <input type="checkbox"/> 領款人金融機構存摺封面影本。 <input type="checkbox"/> 其他經本府家防中心指定之必要文件： 請詳列： <input type="checkbox"/> 社會工作師(員)之個案評估報告。 <input type="checkbox"/> 其他_____。			
本人以上所填各項資料屬實，否則自負法律責任。若以不正當方法取得補助，一經查證屬實，貴中心得追回溢領款項。 申請人簽章：_____ 法定代理人簽章：_____ 申請人若為 12 歲以上未成年人，除本人簽章外，父母其中一方或監護人亦應共同簽章。				
<b>申請日期</b>	民國_____年_____月_____日。			
<b>社工員</b>		<b>督導</b>		
<b>審核結果</b> (本欄由本中心填寫)	<input type="checkbox"/> 符合，核定補助額度同申請金額。 <input type="checkbox"/> 符合，核定補助_____元。 <input type="checkbox"/> 不符合，原因：			
	承辦人	組長	副主任	主任
<b>注意事項</b> ●設籍新北市遭受家庭暴力或性侵害之被害人，因暴力事件發生尋求心理諮商、精神醫療服務或合法居留並實際居住新北市遭受家庭暴力或性侵害之外籍人士，因暴力事件發生尋求心理諮商、精神醫療服務可申請補助。 ●申請人與領款人應為同一人，未滿 18 歲由法定代理人代為申請，領款人為法定代理人。 ●每人每年最高補助 24 小時心理諮商、精神醫療服務費用，醫療院所治療費用依衛生福利部核定之全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準及直轄市、縣(市)衛生主管機關核定之醫療機構收取醫療費用之標準辦理;個別心理治療每小時費用最高補助新臺幣 2,000 元;家族團體治療每小時費用最高補助新臺幣 2,400 元;有效期限內核報次數雖未達核定補助次數者，其逾期之核報不予受理。依申請順序辦理審核及撥款，當年度補助經費額度用罄時，有效期限內之核報亦不予受理。 ●申請人應於收據開立日後三個月內備妥本申請表、其他必備及相關證明文件以掛號郵寄本中心辦理，地址：新北市板橋區中正路 10 號 4 樓，洽詢電話：02-89653359 分機 2412。				

申請案編碼：091003(社會局)；10 天，11112