|  |
| --- |
|  **馬偕醫學院學生緊急紓困助學金申請表** 填表日期: 年 月 日 |
| **姓名** |  | **系(所)班級** |  醫學 系(所) 一 年級  |
| **學號** |  | **身分證字號** |  |
| **出生日期** |  年 月 日 | **行動電話** |  |
| **住家電話** |  | **就學貸款** | □有 □無 |
| **聯絡地址** |  |
| **自家住宅狀況** | □自宅(無貸款) □自宅(貸款 元/月)□租屋(房租 元/月) □借屋 □其他  |
| **家 庭 所 有 成 員 狀 況** |
| 稱謂 | 姓名 | 存/歿 | 年齡 | 身分證字號 | 健康狀況(正常/疾病/殘障) | 就業單位/就讀學校 | 每月收入 | 備註 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請事實陳述 | 請敘述事件發生後對家庭經濟與就學影響情形： 申請學生簽名:  |
| 附繳證件 | □全戶戶口名簿影本 □低收入戶證明 □身心障礙手冊影本 □診斷證明書 □重症醫療或喪葬單據影本 □重大傷病證明書 □死亡證明書 □死亡證明書 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 申請人應於事實發生之日起三個月內提出申請 |
| 導師簽核意見: | 系主任簽核意見: |
| 學務處承辦人： | 學務長簽核意見: |