高雄市鳳山區經濟弱勢市民之醫療、看護費用補助申請表

壹：基本資料： 申請日期： 年 月 日

申請人（補助對象）	姓名： 身分證字號： 出生年月日： 性別：□男 □女 狀態：□存 □歿	
	戶籍地址：	申請人簽名加蓋章：
	公文送達地址：	
	聯絡電話(住宅)： （手機）：	（須有本人簽名加蓋章）
受託代辦人	姓名： 身分證字號： 與申請人之關係：	受託代辦人簽名加蓋章：
	通訊地址：	
	聯絡電話(住宅)： （手機）：	
申請項目	□1.醫療費用補助 ■2.看護費用補助	

貳、審核（以下由市政府社會局查填） **＊應備文件及檢附文件欄位詳見背面**

醫療費用補助審查欄（出院或醫療行為發生後三個月內提起申請）	看護費用補助審查欄（出院或看護行為發生後三個月內提起申請）
本案補助對象資格審核說明如下： 一、案主資料： □低收入戶___類 □中低收入戶 □為原住民（山地/平地） 二、114 年第__次申請，已補助_____元。	本案補助對象資格審核說明如下：□為原住民（山地/平地） 一、案主資料： （一）□低收入戶___類 □中低收入戶 □中低收老人 □身障生活補助 （二）□身障托育養護 □老人公費安置 □精障安置 □其他： □無公費安置 □老人特照津貼 □身障特照津貼 二、114 年第___次申請，已補助_____元。 三、家屬無法看護應計人口___人：□配偶 □父 □母 □兒子___人 □女兒___人 □孫子女___人 □其他_____ 四、家屬無法看護證明： （一）父/母： （二）夫/妻： （三）子/女： （四）孫子女：
醫療費用補助審查結果： □符合補助標準： 1. 補助_____元 2. 補助期間：自_____年____月_____日起至_____年___月___日止，	看護費用補助審查結果： □符合補助標準：為本市 ，因「 」住院治療期間無法自理，需專人看護，其無家屬能協助照顧，符合資格。 1.____（補助看護費用標準）×___（日數）＝_____元 2.看護比：1（看護）：____（病患） 3.補助期間：自___年___月___日起至___年___月__日止
□不符補助標準：	

高雄市鳳山區公所初核簽章				市政府社會局審核簽章		
里幹事	承辦人	業務主管	機關首長	承辦	核稿	決行

備註：符合高雄市政府社會局辦理經濟弱勢市民墊付醫療費補助實施計畫之申請對象，請填寫申請人(補助對象)欄位，補助對象之資格審核及補助標準，仍以傷病患者本人所具資格為準。

申請醫療及看護費用補助應備文件（鳳山區公所服務窗口：7422-111轉395）

申請項目	應備文件
醫療費用補助 僅限列冊輔導之低收入戶（扣除不補助項目後全額補助）及中低收入戶家庭成員（三萬元以上部分扣除不補助項目後補助80%）可提起申請	□一、申請表。 □二、本市列冊領有低收入戶、中低收入戶證明。 □三、健保卡正面影本。 □四、身分證正反面影本。 □五、醫療院所診斷證明書正本（如有申請健保給付未涵蓋之醫療費用者，須載明確有醫療之必要、使用自費品項之原因及入出院日期；入出院日期須與醫療費用收據一致），必要時，主管機關得經申請人書面同意向醫療院所查調相關資料。 □六、金融機構存摺封面影本及領款收據。 □七、醫療院所之醫療費用明細及其收據正本；如申請人檢附繳費通知單，主管機關得將補助款項直接撥付醫療院所。 □八、委託第三人辦理者，應檢附受託代辦人身分證正反面影本。 □九、其他經主管機關指定之文件。
看護費用補助 僅限列冊輔導之低收入戶成員（24小時補助1,200元，每年補助上限15萬元）及中低收入戶家庭成員暨領有中老津貼或身障補助者（一個月累積達3萬或最近三個月累積達5萬元以上酌予補助-每日	□一、申請表。【呼吸照護病房、隔離病房及各類型加護病房不予補助】 □二、本市列冊領有低收入戶、中低收入戶、中低收入老人生活津貼或身心障礙者生活補助證明。 □三、醫療院所診斷證明書正本。(須載明住院期間生活無法自理，須聘僱專人看護及入出院日期；如有入住隔離或加護病房者，亦應載明入出之日期。)，必要時，主管機關得經申請人書面同意向醫療院所查調相關資料。 □四、金融機構存摺封面影本及領款收據。 □五、家屬無法看護之相關證明文件。 □六、看護費用收據正本(須載明看護日期、時間、班別單價、總金額及看護比例，請看護員本人簽名及蓋章，並由醫師、護理人員或社會工作人員蓋職章證明)。 □七、看護人員身分證正反面影本及其照顧服務員職前訓練結業證

最高補助上限500元，每年補助上限6萬元）可提起申請	書影本。【居家服務員及病房服務員非屬照顧服務員範疇】 □八、委託第三人辦理者，應檢附受託代辦人身分證正反面影本。 □九、其他經主管機關指定之文件。