

高雄市 林園 區經濟弱勢市民之醫療、看護費用補助申請表

壹：申請人資料：（由申請人自填或區公所承辦人/里幹事/或社福機構人員或社工員代填）

申請日期：101 年 月 日

一、補助對象姓名：		身分證字號：			出生年月日：		
二、補助對象	戶籍地址：高雄 <small>Com bin</small> 林園 <small>Com bin</small> <small>Com bin</small> 鄰 <small>Com bin</small> <small>Com bin</small> <small>Com bin</small>				電話：		
	通訊地址： <small>Com bin</small> <small>Com bin</small> <small>Com bin</small> 鄰 <small>Com bin</small> <small>Com bin</small> <small>Com bin</small>				電話：		
三、申請人姓名：		身分證字號：		與補助對象之關係： <input type="checkbox"/> 父/母 <input type="checkbox"/> 子/女 <input type="checkbox"/> 其他_____			
四、申請人通訊地址： <small>Com bin</small> <small>Com bin</small> <small>Com bin</small> 鄰 <small>Com bin</small> <small>Com bin</small> <small>Com bin</small>					電話：		
五、申請項目：1. <input type="checkbox"/> 醫療費用補助				2. <input type="checkbox"/> 看護費用補助			
六、檢附文件：				(二) 看護費用補助			
(一) 醫療費用補助 <input type="checkbox"/> 1. 最近三個月內全戶戶籍謄本或戶口名簿影本。 <input type="checkbox"/> 2. 國稅局出具之最近一年綜合所得稅各類所得資料清單、財產歸屬資料清單及綜合所得稅籍資料清單，或領有低收入戶、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。 <input type="checkbox"/> 3. 全民健康保險卡正面影本。 <input type="checkbox"/> 4. 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及載明入出院日期。） <input type="checkbox"/> 5. 領款收據、金融機構存摺封面影本。（領款收據領款人須與存摺戶名相同） <input type="checkbox"/> 6. 健保特約醫療院所醫療費用收據正本或繳費通知單（直接辦理撥付醫院） <input type="checkbox"/> 7. 其他保險給付資料、證明。 <input type="checkbox"/> 8. 切結書。（證明人處須有第三公正人（非三親等以內）蓋章證明或具全部一親等直系血親簽章同意） <input type="checkbox"/> 9. 委託書。（申請人與補助對象非同一人時，須檢附）				<input type="checkbox"/> 1. 最近三個月內全戶戶籍謄本或戶口名簿影本。 <input type="checkbox"/> 2. 國稅局出具之最近一年綜合所得稅各類所得資料清單、財產歸屬資料清單及綜合所得稅籍資料清單，或領有低收入戶、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 <input type="checkbox"/> 3. 全民健康保險卡正面影本。 <input type="checkbox"/> 4. 醫療院所診斷證明書正本。（載明住院期間生活無法自理，有聘僱專人看護之必要及載明入出院日期） <input type="checkbox"/> 5. 領款收據、金融機構存摺封面影本。（領款收據領款人須與存摺戶名相同） <input type="checkbox"/> 6. 家屬無法看護之相關證明文件。 （ <input type="checkbox"/> 在職證明； <input type="checkbox"/> 學生證； <input type="checkbox"/> 醫院診斷證明書 <input type="checkbox"/> 其他：里長證明） <input type="checkbox"/> 7. 看護費收據正本（須由醫師、護理人員或社會工作人員蓋職章證明） <input type="checkbox"/> 8. 看護員身分證正反面影本及其照顧服務員職前訓練結業證書影本。 <input type="checkbox"/> 9. 切結書。（證明人處須有第三公正人蓋章證明或具全部一親等直系血親簽章同意） <input type="checkbox"/> 10. 委託書。（申請人與補助對象非同一人時，須檢附）			

貳、補助對象之資格審核：（由區公所或社福機構或社工員查填，符合者於打[✓]）

一、 <input type="checkbox"/> 本市列冊之低收入戶。
二、 <input type="checkbox"/> 本市列冊之中低收入戶。
三、 <input type="checkbox"/> 前二款以外，家庭總收入平均每人每月未達本市當年度最低生活費之1.5倍，且家庭財產未逾本市公告當年度中低收入戶標準之1.2倍。

參、審核（由市政府社會局查填）：

<input type="checkbox"/> 符合補助標準：	<input type="checkbox"/> 1、住院看護費 _____（補助看護費用標準）×_____（日數）= 元 <input type="checkbox"/> 2、醫療費用_____元 補助日期：自 年 月 日起至 年 月 日止， 總計補助金額：_____元														
<input type="checkbox"/> 不符補助標準：															
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td colspan="4" style="border: none; text-align: center;">區公所或社福機構或社工員初核簽章</td> <td colspan="3" style="border: none; text-align: center;">市政府社會局審核簽章</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">里幹事</td> <td style="border: none; text-align: center;">承辦人</td> <td style="border: none; text-align: center;">業務主管</td> <td style="border: none; text-align: center;">機關首長</td> <td style="border: none; text-align: center;">承辦人</td> <td style="border: none; text-align: center;">業務主管</td> <td style="border: none; text-align: center;">機關首長</td> </tr> </table>		區公所或社福機構或社工員初核簽章				市政府社會局審核簽章			里幹事	承辦人	業務主管	機關首長	承辦人	業務主管	機關首長
區公所或社福機構或社工員初核簽章				市政府社會局審核簽章											
里幹事	承辦人	業務主管	機關首長	承辦人	業務主管	機關首長									

--	--	--	--	--	--	--