

高雄市桃源區公所水質水量水源保育計畫醫療救助實施辦法

- 壹、 目的：本所為救助轄內區民緊急危難或家庭遭逢變故，落實照顧區民生計，紓解經濟負擔，爰利用有限資源，作更公平公正之合理運用，特訂定本要點。
- 貳、 執行機關：高雄市桃源區公所
- 參、 救助對象及補助項目：
- 一、救助對象：設籍本區連續達三個月以上之區民，因傷病住院三日（含）以上，致失去工作收入中斷，所需醫療費用非其本人或扶養義務人所能負擔者。
 - 二、補助項目：救助對象所附醫療收據之自行負擔或健保未給付費用，不含下列費用：
(一)住院期間之膳食、看護費或指定病房之費用(非健保病房、住院升等費用) 非因疾病而施行之手術費用、掛號費及證明書等。
(二)醫療支出補助應以疾病及傷害事故所衍生之必要為限。
- 肆、 補助標準：(如附表一) 補助金額依住院醫療收據費用按級數核發，最高補助新臺幣壹萬元。
- 伍、 申請程序：
- 一、於救助事件發生後三個月內檢附相關文件，至所屬里辦公處填寫申請表 辦理。
 - 二、救助事由每一年度最多申請兩次為限，且第二次須於第一次申請救助獲 准後三個月始得再行提出申請，並須重新檢附相關證明文件。
 - 三、本要點所訂救助項目與其他社會福利法定性質相同時，應從優辦理，並不影響其他各法之福利服務。
- 陸、 申請人應備文件：
- 一、共同生活之戶口名簿影本、住院證明書正本、醫療費用收據或繳費通知單(繳費明細)、里長證明、切結書、存摺影本及印章。
 - 二、以上申請項目須檢附切結書(附表二)及領據(附表三)。
- 柒、 其他作業規定事項：
- 一、本補助如有假冒或不實情事而接受補助者，經調查屬實，由申請人負一切法律責任並追回所領取之是項補助。
 - 二、申請人得為本人、配偶、子女、父母、兄弟姊妹、孫子女、祖父母、女婿、媳婦及監護人。
- 捌、 申請作業：
- 申請人檢具相關表件送里辦公處初審後填寫申請書函送區公所複審，經核准後依核定金額匯入申請人帳戶。
- 玖、 經費來源：高屏溪水質水量水源保育與回饋費編列預算補助。

高雄市桃源區公所-補助水質水量保護區內區民醫療支出申請表

申請救助 項目	醫療支出	申請 日期	年 月 日	身 份	<input type="checkbox"/> 低收入戶 款 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input checked="" type="checkbox"/> 一般民眾
申請人 姓名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生 日期	年 月 日	身 份 證 字 號	
申請人 地址				聯 絡 電 話	
案 主 姓 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	與申請人關係	本人	聯 絡 電 話	同申請人
案 主 地 址					
檢 附 資 料	<input type="checkbox"/> 戶口名簿(新式)或戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 中低收入戶證明 <input type="checkbox"/> 里長證明 <input type="checkbox"/> 住院診斷證明正本 <input type="checkbox"/> 醫療收據正本 <input type="checkbox"/> 切結書 <input type="checkbox"/> 領據 <input type="checkbox"/> 存摺影本 <input type="checkbox"/> 其他證明文件(請註明) _____				
急難事由 概 要	里幹事:				
是否申請 其他補助	<input type="checkbox"/> 是，申請(單位)補助款(<input type="checkbox"/> 已核定元； <input type="checkbox"/> 審核中)。 <input type="checkbox"/> 否，原因：				
審 查 意 見	<input type="checkbox"/> 本案符合救助實施辦法規定。 <input type="checkbox"/> 本案因，不符救助規定，擬不予補助。				
核發救助 金 額	元正	承辦單位聯絡電話及傳真		電話(07) 6861132#121 傳真(07) 6861004	

備註：依據高屏溪水質水量水源保育與回饋計畫

承辦人： 課長： 秘書： 區長

切 結 書

具切結書人 _____ 為申請高雄市桃源區公所-補助水質水量保護區內區
民醫療支出，經切結同意完全遵守以下規定：

- 一、具切結書人完全符合「高雄市桃源區公所水質水量水源保育計畫醫療
救助實施辦法」之相關規定。
- 二、聲明申請者之法定受益人授權切結書人申領補助款且未領有政府相
關同性質之補助款。
- 三、具切結人所附醫療收據之自行負擔或健保未給付費用，不含下列費
用：
 - (一) 住院期間之膳食、看護費或指定病房之費用(非健保病房、住院
升等費用)。
 - (二) 醫療支出補助應以疾病及傷害事故所衍生之必要為限。(依經濟
部水利署 106 年 3 月 6 日經水事字第 10631019150 號函辦理。)

具結人所切結事項如有不實且違反上項情事者，除無條件同意高雄市桃
源區公所撤銷補助核准外，並繳回補助款並願接受法律制裁，恐口無憑，
特立此切結書為憑。

具 結 人：

(簽名或蓋

章)

身分證字號：

通訊地址：

聯絡電話：

中 華 民 國 年 月 日

領 據

茲收到高雄市桃源區公所-補助水質水量保護區內區民醫療支出金額計新台幣_____萬_____仟_____佰_____拾_____元整
無訛。

(壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖、拾)

此據

具領人：

(簽名或蓋章)

戶籍地址：

身分證字號：

聯絡電話：

中 華 民 國 年 月 日

高雄市桃源區-補助水質水量保護區內區民醫療支出證明書

本里里民_____君茲因罹患嚴重傷病，住院三天以上，致失去工作、收入中斷，所需醫療費用非其本人或扶養義務人所能負擔，極需申請急難救助，經查實屬無誤，特立此證以資證明。

此致

高雄市桃源區公所

_____里辦公處

印 信

里 長：

中 華 民 國 年 月 日