

# 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

中華民國 107 年 3 月 26 日桃區代議字第 1070000090 號 修訂

中華民國 107 年 9 月 18 日桃區代議事字第 1070000272 號修定

- 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，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二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、戶口名簿影本或戶籍謄本、住院證明書正副本、醫療費用收據正副本或繳費通知單（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或送達。
- 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。

高雄市桃源區公所水質水量水源保育計畫醫療救助金額表

	桃源區		備註
	自付金額級距 ( \$ )	補助金額 ( \$ )	
醫療救助	3,001~4,000	1,500	
	4,001~5,000	2,000	
	5,001~6,000	2,500	
	6,001~7,000	3,000	
	7,001~8,000	3,500	
	8,001~9,000	4,000	
	9,001~10,000	4,500	
	10,001~11,000	5,000	
	11,001~12,000	5,500	
	12,001~13,000	6,000	
	13,001~14,000	6,500	
	14,001~15,000	7,000	
	15,001~16,000	7,500	
	16,001~17,000	8,000	
	17,001~18,000	8,500	
	18,001~19,000	9,000	
	19,001~20,000	9,500	
20001 以上	1,0000		

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	<b>醫療支出</b>	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	身分證字號	
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 <input type="checkbox"/> 醫療收據 <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 # 307 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，  
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