

區經濟弱勢市民之醫療、看護費用補助申請表

申請日期： 年

	姓名
--	----

申請人 (補助對象)	姓名：	身分證字號：	出生年月日：	性別： ☐ 男 ☐ 女	生活狀態： ☐ 存 ☐ 歿
	戶籍地址：				申請人簽章：
	通訊地址：				
	聯絡電話(住宅)：(手機)：				
受託代辦人					(須有本人簽章)
	姓名：	身分證字號：	與申請人之關係：		受託代辦人簽章：
	通訊地址：				
聯絡電話(住宅)：			(手機)：		

2. ☐看護費用補助

(一) 醫療費用補助

- 費

用者，須載明確有醫療之必要及載明入出院日期，日期須與醫療費用收據一致）。

- ☐5. 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）。
- ☐6. 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）。
- ☐7. 授權同意書。
- ☐8. 切結書。（領款人與申請人非同一人時須檢附）。
- ☐9. 受託代辦人、墊付醫療費申請人身分證正反面影本。
- ☐10. 其他(如保險給付資料、身心障礙手冊(證明)、死亡證明等)。

(二) 看護費用補助

- ☐1. 最近三個月內全戶戶籍謄本或戶口名簿影本。
- ☐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。
- ☐3. 全民健康保險卡正面影本。
- ☐4. 醫療院所診斷證明書正本。（符合健保特定疾病之住院基本要件或罹患全民健康保險法第 48 條規定重大疾病，並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；須蓋醫院大小印及醫師章）。
- ☐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）。
- ☐6. 家屬無法看護之相關證明文件。
（☐在職證明；☐學生證；☐醫院診斷證明書
☐其他：如里長證明等_____）
- ☐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）。
- ☐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。
- ☐9. 切結書。（領款人與申請人非同一人時須檢附）。
- ☐10. 受託代辦人、墊付醫療費申請人身分證正反面影本。
- ☐11. 其他(如身心障礙手冊(證明)、死亡證明等)

貳、補助對象(傷病患者本人)之資格審核：(由區公所查填，符合者於 ☐ 打✓)

- 一、☐本市列冊之低收入戶。
二、☐本市列冊之中低收入戶。
三、☐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）：

☐ 符合補助標準：	☐ 1. 住院看護費 _____（補助看護費用標準） × _____（日數）＝ 元
	☐ 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

☐ 不符補助標準：

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 人	業 務 主 管	機 關 首 長

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

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。

高雄市 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：103 年 8 月 1 日

申請人 (補助對象)	姓名：吳小明 身分證字號： S123456789 出生年月日： 030.01.01 性別： ☒ 男 ☐ 女 生活狀態： ☒ 存 ☐ 歿	申請人簽章：吳小明 (須有本人簽章)
	戶籍地址： 高雄市泰安里中正路1段1號	
	通訊地址： 同 上	
	聯絡電話(住宅)： 07-6812345 (手機)：0919001002	
受託代辦人	姓名：吳大明 身分證字號： S123456788 與申請人之關係： 兄弟	受託代辦人簽章：吳大明
	通訊地址： 高雄市瀾濃里中山路1段1號	
	聯絡電話(住宅)： 07-6812300 (手機)：0919001123	

申請項目：1. ☐醫療費用補助 2. ☒看護費用補助

檢附文件： (一) 醫療費用補助 ☐ 1. 最近三個月內全戶戶籍謄本或戶口名簿影本。 ☐ 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。 ☐ 3. 全民健康保險卡正面影本。 ☐ 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，日期須與醫療費用收據一致)。 ☐ 5. 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)。 ☐ 6. 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)。 ☐ 7. 授權同意書。 ☐ 8. 切結書。(領款人與申請人非同一人時須檢附)。 ☐ 9. 受託代辦人、墊付醫療費申請人身分證正反面影本。 ☐ 10. 其他(如保險給付資料、身心障礙手冊(證明)、死亡證明等)。	(二) 看護費用補助 ☒ 1. 最近三個月內全戶戶籍謄本或戶口名簿影本。 ☒ 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。 ☒ 3. 全民健康保險卡正面影本。 ☒ 4. 醫療院所診斷證明書正本。(符合健保特定疾病之住院基本要件或罹患全民健康保險法第48條規定重大疾病，並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；須蓋醫院大小印及醫師章)。 ☒ 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)。 ☒ 6. 家屬無法看護之相關證明文件。 (☐ 在職證明； ☐ 學生證； ☐ 醫院診斷證明書 ☐ 其他：如里長證明等_____) ☐ 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)。 ☒ 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。 ☒ 9. 切結書。(領款人與申請人非同一人時須檢附)。 ☐ 10. 受託代辦人、墊付醫療費申請人身分證正反面影本。 ☐ 11. 其他(如身心障礙手冊(證明)、死亡證明等)
--	--

貳、補助對象(傷病患者本人)之資格審核：(由區公所查填，符合者於☐打 $\sim$)

一、☒本市列冊之低收入戶。
二、☐本市列冊之中低收入戶。
三、☐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)：

☐ 符合補助標準：	☐ 1. 住院看護費 _____ (補助看護費用標準) × _____ (日數) = 元
	☐ 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

☐ 不符補助標準：

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	承辦人	業務主管	機關首長

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。