

高雄市政府社會局辦理弱勢兒童及少年醫療補助申請表

壹、基本資料：

申請日期： 年 月 日 文件備齊日期： 年 月

日

一、受補助兒童（少年）姓名：_____ 性別：男女 身分證字號：_____ 出生年月日：_____年____月____日

戶籍地址：_____ 通訊地址：_____

二、申請人姓名：_____ 與兒童（少年）關係：社工員父母其他_____ 聯絡電話：_____

戶籍地址：_____ 通訊地址：_____

貳、補助資格

符合補助對象：（一）本市列冊低收入戶之兒童及少年（附低收入戶證明）

（二）弱勢兒童及少年

- 1. 兒童及少年保護個案（附個案開案資料）
- 2. 安置於立案之公私立育幼機構或寄養家庭之兒童及少年（附委託函影本）
- 3. 特殊境遇家庭扶助條例第九條規定之未滿六歲兒童（附特殊境遇家庭子女生活津貼證明影本）
- 4. 罹患行政院衛生署公告之罕見疾病或領有全民健康保險重大傷病證明之兒童及少年（附罕見疾病診斷證明或重大傷病證明影本）
- 5. 領取本市中低收入戶子女生活教育補助之兒童及少年（附中低收入戶子女生活教育補助證明）
- 6. 領取本市單親家庭子女生活教育補助之兒童及少年（附單親家庭子女生活教育補助證明）
- 7. 領取本市弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助之兒童及少年（附弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助函文影本）
- 8. 其他經社工員評估有必要補助之兒童及少年（附社工員評估報告）

參、申請補助項目：

一、低收入戶兒童及少年

- 1. 協助繳納前未保、中斷及欠繳之全民健康保險費
- 2. 未婚懷孕生產、流產醫療費用（以特殊境遇家庭扶助條例未補助之費用為限）
- 3. 住院期間之看護費用
- 4. 為確認身分所作之親子血緣鑑定費用
- 5. 學童視力保健之醫療矯治配鏡費用
- 6. 其他經評估有必要補助之項目

二、弱勢兒童及少年

- 1. 協助繳納前未保、中斷及欠繳之全民健康保險費
- 2. 未婚懷孕生產、流產醫療費用（以特殊境遇家庭扶助條例未補助之費用為限）
- 3. 住院期間之看護費
- 4. 住院期間之膳食費
- 5. 為確認身分所作之親子血緣鑑定費用
- 6. 全民健康保險費規定應自行負擔之住院費用
- 7. 無健保投保資格個案之醫療費用。但以全民健康保險有給付項目，且由就醫者自行負擔之費用為限。
- 8. 學童視力保健之醫療矯治配鏡費用
- 9. 其他經評估有必要補助之項目

肆、檢附證明文件

- 全戶最近三個月內戶籍謄本或戶口名簿影本
- 監護人或兒童少年郵局存款簿封面影本
- 醫療費收據正本
- 診斷證明書正本
- 國稅局出具之最近一年已核定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
- 社工員評估報告或兒少保護開案資料
- 低收入戶證明

- 中低收入戶子女生活教育補助證明
- 單親家庭子女生活教育補助證明
- 弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助函文影本
- 特殊境遇家庭子女生活津貼證明影本
- 重大傷病證明影本
- 看護者身分證正反面影本
- 看護者照顧服務員結業證明
- 其他 _____（請說明）

伍、審核

一、符合補助項目

- 1. 協助繳納前未保、中斷及欠繳之全民健康保險費
- 2. 未婚懷孕生產、流產醫療費用：
- 3. 符合住院期間之看護費：（每日 _____ 元× _____ 日數= _____ 元）
- 4. 符合住院期間之膳食費：
- 5. 為確認身分所作之親子血緣鑑定費用：（每人 _____ 元× _____ 人數= _____ 元）
- 6. 符合全民健康保險費規定應自行負擔之住院費用：
- 7. 無健保投保資格個案之醫療費用。但以全民健康保險有給付項目，且由就醫者自行負擔之費用為限。：
- 8. 學童視力保健之醫療矯治配鏡費用：
- 9. 符合其經評估有必要補助之項目：

二、不符合補助標準：

- 不符合補助資格
- 不符合補助項目
- 資料不全
- 其他

社工員評估報告

區 公 所 初 核 簽 章 社 會 局 審 核 簽 章

附表

承辦人	課長	機關首長	承辦人	股長	專員	科長
-----	----	------	-----	----	----	----