

壹：基本資料：

申請日期： 年 月 日

申請人 (補助對象)	姓名： _____ 身分證字號： _____ 出生年月日： _____ 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 生活狀態： <input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿	申請人簽章： (須有本人簽章)
	戶籍地址： _____	
	通訊地址： _____	
	聯絡電話(住宅)： _____ (手機)： _____	
受託代辦人	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)： _____	

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)

- 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)：

<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

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。

領款收據

補助項目	(補助對象姓名)： _____ <input type="checkbox"/> 醫療費用補助 <input type="checkbox"/> 看護費用補助
------	--

補助金額	新臺幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整
------	------------------

上款已如數領訖，收據金額以本局核定金額為主，所送各項憑證若經查核有不符規定情事，領款人自願退還所領取之補助費，絕無異議。

此致

高雄市政府社會局

領款人： (簽章)

住址： _____ 市 _____ 區 _____ 里 _____ 鄰 _____ 路
 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓之 _____

身分證字號：

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

中 華 民 國 年 月 日

家屬無法看護證明切結書

壹、依據「高雄市經濟弱勢市民醫療補助辦法」第四條第二項規定，符合低收入戶、中低收入戶、經濟弱勢市民之資格，或領有本市中低收入老人生活津貼或身心障礙者生活補助，且無家屬或其家屬無法看護者，得申請看護費用補助。

貳、為符合資格，茲以此切結書證明，家屬因具有下列情形，致無法於住院期間看護。

家屬姓名	無法看護原因
	<input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 在學就讀 <input type="checkbox"/> 經醫生診斷無法看護 <input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 需照顧家中其他成員 <input type="checkbox"/> 其他_____
	<input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 在學就讀 <input type="checkbox"/> 經醫生診斷無法看護 <input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 需照顧家中其他成員 <input type="checkbox"/> 其他_____
	<input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 在學就讀 <input type="checkbox"/> 經醫生診斷無法看護 <input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 需照顧家中其他成員 <input type="checkbox"/> 其他_____
	<input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 在學就讀 <input type="checkbox"/> 經醫生診斷無法看護 <input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 需照顧家中其他成員 <input type="checkbox"/> 其他_____
	<input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 在學就讀 <input type="checkbox"/> 經醫生診斷無法看護 <input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 需照顧家中其他成員 <input type="checkbox"/> 其他_____
	<input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 在學就讀 <input type="checkbox"/> 經醫生診斷無法看護 <input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 需照顧家中其他成員 <input type="checkbox"/> 其他_____
	<input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 在學就讀 <input type="checkbox"/> 經醫生診斷無法看護 <input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 需照顧家中其他成員 <input type="checkbox"/> 其他_____
	<input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 在學就讀 <input type="checkbox"/> 經醫生診斷無法看護 <input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 需照顧家中其他成員 <input type="checkbox"/> 其他_____

若有違反上述情形者經查明者，同意繳回溢領補助款項，並負擔一切法律責任，特立此切結書為證。

此致

高雄市政府社會局

代表人姓名：

(簽章)

身分證字號：

與受補助人關係：

電話：

中華民國

年

月

日

看護費用收據

本人_____為合格照顧服務員，於_____醫院
提供病患_____看護服務如下：

看護起迄時間	班別	班別單價 (元)	小計 (元)
自 年 月 日 時 至 年 月 日 時	<input type="checkbox"/> 全(24小時) <input type="checkbox"/> 日(12小時， 時至 時) <input type="checkbox"/> 夜(12小時， 時至 時)		
自 年 月 日 時 至 年 月 日 時	<input type="checkbox"/> 全(24小時) <input type="checkbox"/> 日(12小時， 時至 時) <input type="checkbox"/> 夜(12小時， 時至 時)		

總金額計新台幣 萬 仟 佰 拾 元整
(以上資料請確實填寫月、日、時，以利審查)

看護員姓名：_____ (簽章)

身分證統一編號：_____ (請附身分證正反面及證照影本)

戶籍地址：_____ 市 _____ 縣 _____ 區 _____ 里 _____ 鄰
_____ 路 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓之 _____

聯絡電話：()

醫院名稱：

證明人：_____ (請醫師、護理人員或社工人員蓋職章)

中華民國 年 月 日

授權同意書

申請人_____與受補助人_____為_____關係，因申請「高雄市經濟弱勢市民醫療補助」，同意授權由高雄市政府社會局查詢自費項目之明細及用途，以及是否適用健保給付等相關問題，以利高雄市政府社會局作為審查依據。

特此證明

(醫院名稱)

立書人：

身份證字號：

地址：

就醫期間：

電話：

(請留可供醫院聯繫之電話，以利醫院去電確認本人是否真有同意)

中 華 民 國 年 月 日