

臺中市大肚區 低收入戶及中低收入戶住院看護費用補助 身心障礙者傷病住院看護費用補助 老人傷病住院醫療及看護費用補助

申請核定表

申請日期： 年 月 日

申請人姓名	出生日期	民國 年 月 日 ( )歲	電話	<input type="checkbox"/> 公文送達處所	申請人簽名或蓋章
	國民身分證字號		住址		
代理人姓名	與申請人關係	(非親屬填職稱)	電話	<input type="checkbox"/> 公文送達處所	代理人簽名或蓋章
	國民身分證字號		住址		
補助類別 (擇一申請)	<input type="checkbox"/> 未滿65歲低收入戶住院看護費用補助 <input type="checkbox"/> 未滿65歲中低收入戶住院看護費用補助(單月看護費超過3萬元或最近3個月累計5萬元以上)。		<input type="checkbox"/> 身心障礙者傷病住院看護費用補助	<input type="checkbox"/> 老人傷病住院看護費用補助 <input type="checkbox"/> 老人傷病住院醫療費用補助(最近3個月自行負擔醫療費用累計超過5萬元)。	
	●依臺中市低收入戶、中低收入戶住院看護及低收入戶安置費用補助作業要點辦理。		●依臺中市身心障礙者傷病住院看護費用補助作業要點辦理。	●依臺中市老人傷病住院醫療及看護費用補助要點辦理。	
應備證明文件	※依實際情形勾選 <input type="checkbox"/> 1. 申請核定表。 <input type="checkbox"/> 2. 國民身分證正反面影本，身心障礙者應檢附身心障礙證明影本。 <input type="checkbox"/> 3. 醫院診斷證明書正本(需註明「住院期間須請專人照顧」及入、出院日期及時間，如有各類病房應註明日期及時間等)。 <input type="checkbox"/> 4. 住院看護證明書(由照顧者填寫切結，並由醫院主治醫師、護理人員或社工員蓋職名章證明)。 <input type="checkbox"/> 5. 照顧服務員之國民身分證正反面影本及照顧服務員相關資格證明文件影本。 <input type="checkbox"/> 6. 照顧者親屬關係之證明影本(身心障礙者住院看護費用補助及老人傷病住院看護費用補助適用)。 <input type="checkbox"/> 7. 看護費用收據正本。(需載明照顧日期、時間起迄、收費單價及看護費用總金額)*如申請老人傷病住院醫療應檢附醫療費用收據正本、自費項目使用證明書、其他醫療補助應備文件及老人傷病住院醫療費用補助切結書) <input type="checkbox"/> 8. 具領人領據。 <input type="checkbox"/> 9. 具領人之郵局或金融機構存摺封面影本。 其他 <input type="checkbox"/> 申請人因故無法親自申請，委託第三人辦理者，應檢附代理人國民身分證正反面影本及委託書。 <input type="checkbox"/> 申請人因故無法親自具領，應檢附代為具領委託書。 <input type="checkbox"/> 申請人死亡者，由法定繼承人具領；法定繼承人有二人以上時，應檢附國民身分證正反面影本及共同委任切結書。				

本人保證本表所載狀況均屬實，如有隱瞞或不實申請，本人願負一切法律責任，並繳回全部補助款，特此具結。申請人或代理人：  
(簽名或蓋章)

公所初審	<input type="checkbox"/> 不符合補助規定：		
	<input type="checkbox"/> 應備文件未備齊：		
	<input type="checkbox"/> 已備齊文件完成申請資料初審。		
	請領下列補助		
項目	<input type="checkbox"/> 低收入戶住院看護費 <input type="checkbox"/> 中低收入戶住院看護費	<input type="checkbox"/> 身心障礙者傷病住院看護費	老人 <input type="checkbox"/> 住院看護費 <input type="checkbox"/> 住院醫療費
總計請領	元	元	元
(累計已領該項補助金額： 元)			
承辦人		課長	區長

社  
會  
局  
審  
核

1. 前次累計申請  看護  醫療費用補助金額：\_\_\_\_\_ 元。

2. 符合補助標準：

低收入戶/中低收入戶住院看護補助：\_\_\_\_\_ (每日補助) × \_\_\_\_\_ (日數) = \_\_\_\_\_ 元。

身心障礙者傷病住院看護補助：\_\_\_\_\_ (每日補助) × \_\_\_\_\_ (日數) = \_\_\_\_\_ 元。

老人住院看護補助：\_\_\_\_\_ (每日補助) × \_\_\_\_\_ (日數) = \_\_\_\_\_ 元。

老人住院醫療補助：\_\_\_\_\_ 元。

3.  本案不符補助(請敘明原因)：\_\_\_\_\_

承辦人

單位主管

機關首長

--

--

--