

臺中市【 】區

低收入戶中低收入領有身心障礙者生活補助資格

身心障礙者傷病住院看護費用補助作業申請核定表

附件一

申請日期： 年 月 日

補正日期： 年 月 日

申請人姓名	出生日期	民國(前) 年 月 日	住址	區 里 鄰 段 巷 弄	路(街) 號 樓	申請人簽章
	身分證 字 號		電 話			
代理人姓名	與申請人 關 係	(非親屬填職稱)	住 址	區 里 鄰 段 巷 弄	路(街) 號 樓	代理人簽章
	身分證 字 號		電 話			
申請資格	1. 設籍本市並領有身心障礙手冊或證明之列冊低收入戶、中低收入戶、領有本市身心障礙生活補助證明或符合補助標準者(含符合前開標準而居住於公、私立身心障礙教、療養機構之身心障礙者)。 2. 因傷病住院治療經證明需專人照顧者，但中央健保局公告之慢性病療養非因急病入院者除外。 3. 僱請專職人員看護者須為專人專職一對一照顧。					
已接受補助項目	<input type="checkbox"/> 1. 低收入戶及中低收入(含老人)公費安置(安置機構名稱：)。 <input type="checkbox"/> 2. 中低收入老人特別照顧津貼。 <input type="checkbox"/> 3. 中低收入老人傷病住院看護費用補助。 <input type="checkbox"/> 4. 身心障礙者教養費補助(機構名稱：)。 <input type="checkbox"/> 5. 低收入戶、中低收入戶及領有身心障礙生活補助者(核准補助自 年 月 日至 年 月 日)。					
應備證明文件(請區公所自行勾選)	<input type="checkbox"/> 1. 最近三個月內全戶戶籍謄本。 <input type="checkbox"/> 2. 身心障礙手冊或證明正反面影本。 <input type="checkbox"/> 3. 列冊低收入戶證明(款)。 <input type="checkbox"/> 4. 列冊中低收入戶證明。 <input type="checkbox"/> 5. 領有身心障礙生活補助者證明。 <input type="checkbox"/> 6. 醫院診斷證明書正本(須有醫師註明「住院期間須僱請專人照顧」)。 <input type="checkbox"/> 7. 身心障礙者傷病住院看護證明書。 <input type="checkbox"/> 8. 具領人郵局或金融機構存摺封面影本，如無郵局存摺且持有金融機構存摺，請填具「領據收據」。 <input type="checkbox"/> 9. 如申請人或家屬之帳戶凍結或其他因素，需免劃線支票，請填具切結書。 <input type="checkbox"/> 10. 由年滿十六歲，未滿六十五歲之配偶、直系親屬及旁系二等血親看護者，須檢附親屬關係證明文件。(如戶籍謄本可證明親屬關係者免附)。 <input type="checkbox"/> 11. 由專職人員看護者，須檢附看護切結書、看護費用發票或收據正本、專職看護人員相關證照、證書影本及身份證正反面影本並簽章證明與正本相符。 <input type="checkbox"/> 12. 申請人因故無法親自具領補助款之委託書。 <input type="checkbox"/> 13. 申請人已死亡，請檢附遺產稅繳清或免稅證明(如無遺產者，應檢附身心障礙者之最新所得、財產證明及贈與資料佐證)；如繼承人有二人以上，得由其繼承人出具共同委任切結書，由受委任人申請具領。 <input type="checkbox"/> 14. 若無領有身心障礙生活補助者文件者，請檢附臺中市身心障礙生活補助調查表、全戶所得、財產證明、稅籍清單。					
區公所初審	受看護日期：自 年 月 日至 年 月 日止共 日。					
	承辦人		課長		區長	
市政府審核	1. 依據(1)臺中市辦理身心障礙者傷病住院看護費用補助作業要點。 (2) 區公所 年 月 日 社()字第 號函。 2. <input type="checkbox"/> 本案同意自 年 月 日起至 年 月 日止共 日，每日補助看護費用： 元，合計 元。 3. <input type="checkbox"/> 本案不符補助規定。					
	股 長	科 長	專 門 委 員	主 任 秘 書	副 局 長	局 長