

(附件一)

臺中市【 】區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	住址	區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 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 路(街) 段 巷 弄 號 樓	代理人簽章
	身分證字號		電話		
申請資格	<p>一、住院看護費： 1. 設籍本市之老人，並領有中低收入老人生活津貼者或領有榮民院外就養金之榮民符合中低收入資格者。 2. 公費安置於本局委託照顧機構符合申請規定之低收入戶老人。 3. 補助項目：因傷、病住院治療，經醫師診斷證明須請專人看護者；不包含中央健康保險局公告之慢性病療養非因急病入院者。</p> <p>二、住院醫療費： 符合第二點補助對象其家庭總收入按全家人口平均分配，每人每月未達當年公佈最低生活費標準二點五倍，最近三個月內自行負擔醫療費用超過新臺幣五萬元整者。</p>				
申請項目	<input type="checkbox"/> 1. 住院看護費用補助 <input type="checkbox"/> 2. 住院醫療費用補助				
應備證明文件	<p>一、檢附文件： <input type="checkbox"/>1. 最近三個月內全戶戶籍謄本。<input type="checkbox"/>2. 申請人或具領人郵局或金融機構存摺封面影本。 <input type="checkbox"/>3. 具領人收據(附件三)。</p> <p>二、資格證明： <input type="checkbox"/>1. 列冊低收入戶證明(款)。 <input type="checkbox"/>2. 領有中低收入老人生活津貼證明 (<input type="checkbox"/>1.5倍<input type="checkbox"/>2.5倍<input type="checkbox"/>領有榮民院外就養金之榮民符合中低收入戶資格者)。</p> <p>三、其他證明文件： (一)住院看護費用補助： <input type="checkbox"/>1. 醫院診斷證明書正本(須有醫師證明『須請專人看護』字樣、註明入出院時間及入住加護病房、隔離病房起訖日期)。 <input type="checkbox"/>2. 醫院開具臺中市老人傷病住院看護證明書(附件二)。 <input type="checkbox"/>3. 由專職人員看護者，應檢附看護費用收據正本、切結書(附件四)、照顧服務員結業證書影本或照顧服務員技術士證書影本、身分證正反面影本(如非本國籍之看護，須附有效期限內之居留證影本)。 <input type="checkbox"/>4. 由家人看護者，應檢附親屬關係證明書文件(如戶籍謄本、身分證)、切結書(附件五)，不需檢附看護費用收據。 (二)住院醫療補助：<input type="checkbox"/>1. 醫院診斷證明書正本。<input type="checkbox"/>2. 醫療費用收據正本。 <input type="checkbox"/>3. 切結書(附件六)。<input type="checkbox"/>4. 非指定自費項目證明書(附件十)。 (三)其他：1. <input type="checkbox"/>申請人委託書(附件七)。2. <input type="checkbox"/>申請人因故無法親自具領補助款之委託書(附件八)。 2. <input type="checkbox"/>如申請人死亡，法定繼承人有兩人以上時，應檢附共同委任切結書，由受任人具領(附件九)。</p>				
公所初審	<input type="checkbox"/> 1. 申請住院看護費用補助日期：自 年 月 日至 年 月 日止共 日。 <input type="checkbox"/> 2. 申請住院醫療費用(符合補助項目)：				

	承辦人		課長		區長	
市府審核	審核	1. <input type="checkbox"/> 住院看護費_____ (每日補助看護費用) × _____ (日數) = _____ 元。 2. <input type="checkbox"/> 住院醫療費用_____ 元。 3. <input type="checkbox"/> 本案不符補助規定。				
	承辦人		股長		科長	