

臺中市_____區

☐身心障礙者住院看護費用補助

☐低收入戶及中低收入戶住院看護費用補助

☐老人傷病住院醫療及住院看護費用補助

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		申請人簽名或蓋章	
		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		代理人簽名或蓋章	
		身分證字號		住址			
福利身分別(擇一申請)	☐ 身心障礙者住院看護費用補助			☐ 老人傷病住院看護費用補助 ☐ 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)。		☐ 未滿65歲低收入戶住院看護費用補助 ☐ 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)。	
	● 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。		● 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。	
	應備證明文件						
※共同文件(依實際情形勾選) ☐ 申請核定表。 ☐ 醫院診斷證明書正本(需註明「住院期間須請專人照顧」及日期、時間、各類病房之日期及時間等)。 ☐ 醫院開立傷病住院看護證明書。 ☐ 專職人員身分證正反面影本、看護人員切結書、相關證照或結業證書影本。 ☐ 看護費用收據正本。 ☐ 具領人收據。 ☐ 具領人之郵局或金融機構存摺封面影本。 ☐ 申請人因故無法親自具領，應另檢附委託書。 ☐ 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，應檢附國民身分證影本及共同委任切結書。							
※其他應備文件 ☐ 身心障礙手冊或證明。 ☐ 親屬關係相關證明文件。			※看護補助其他應備文件 ☐ 領有中低收入老人生活津貼證明。 ☐ 親屬關係相關證明文件。 ※其醫療補助他應備文件 ☐ 醫療費用收據正本 ☐ 非指定自費項目證明書 ☐ 老人傷病住院醫療費用補助切結書		本市低收入戶或中低收入戶證明。		

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	☐ 不符合補助規定：			
	☐ 應備文件未備齊：			
	☐ 已備齊文件完成申請資料初審。			
	☐ 是 ☐ 否請領下列補助			
	項目	身心障礙者住院看護費	☐ 低收入戶住院看護費 ☐ 中低收入戶住院看護費	老人 ☐ 住院看護費 ☐ 住院醫療費
	總計請領	元	元	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：

☐身心障礙者住院看護補助：_____(每日補助)×____(日數)=_____元。

☐低收入戶/中低收入戶住院看護補助：_____(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