

**□身心障礙者住院看護費用補助**  
**臺中市\_\_\_\_區 □低收入戶及中低收入戶住院看護費用補助**      申請核定表  
**□老人傷病住院醫療及住院看護費用補助**      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)	<input type="checkbox"/> 身心障礙者住院看護費用補助 <input checked="" type="checkbox"/> 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。		<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)。		<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)。
應備證明文件	※共同文件(依實際情形勾選) <input type="checkbox"/> 申請核定表。 <input type="checkbox"/> 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)。 <input type="checkbox"/> 醫院開立傷病住院看護證明書。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 看護費用收據正本。 <input type="checkbox"/> 具領人收據。 <input type="checkbox"/> 具領人之郵局或金融機構存摺封面影本。 <input type="checkbox"/> 申請人因故無法親自具領，應另檢附委託書。 <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，應檢附國民身分證影本及共同委任切結書。				
	<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊或證明。 <input type="checkbox"/> 親屬關係相關證明文件。	<input type="checkbox"/> 領有中低收入老人生活津貼證明。 <input type="checkbox"/> 親屬關係相關證明文件。 ※其醫療補助他應備文件 <input type="checkbox"/> 醫療費用收據正本 <input type="checkbox"/> 非指定自費項目證明書 <input type="checkbox"/> 老人傷病住院醫療費用補助切結書	<input type="checkbox"/> 其他應備文件 <input type="checkbox"/> 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	<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。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否請領下列補助				
	項目	身心障礙者住院看護費	<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"/> 老人住院看護費 <input type="checkbox"/> 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