

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

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 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)。
	● 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)				
	<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。				
	※其他應備文件		※看護補助其他應備文件		※其他應備文件
<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"/> 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	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
承辦人		課長	區長

社會局 審核	<p>1、前次累計申請<input type="checkbox"/>看護/<input type="checkbox"/>醫療費用補助金額：_____元。</p> <p>2、符合補助標準：</p> <p><input type="checkbox"/>身心障礙者住院看護補助：_____ (每日補助)×_____ (日數)=_____元。</p> <p><input type="checkbox"/>低收入戶/中低收入戶住院看護補助：_____ (每日補助)×_____ (日數)=_____元。</p> <p><input type="checkbox"/>老人住院看護補助：_____ (每日補助)×_____ (日數)=_____元。</p> <p><input type="checkbox"/>老人住院醫療補助：_____元。</p> <p>3、<input type="checkbox"/>本案不符補助。(請敘明原因)：_____</p>		
	承辦人	單位主管	機關首長