

臺中市【

】區

☐低收入戶☐中低收入☐領有/符合身心障礙者生活補助資格

NO：

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 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	1. 設籍本市符合申請本市身心障礙者生活補助標準者(含居住於公立、私立身心障礙教、療養機構之身心障礙者)，因傷病住院治療經證明需專人照顧者。但衛生福利部中央健康保險署公告之慢性病範圍非因急病入院者，及入住隔離病房、加護病房、呼吸照護病房、呼吸照護中心、安寧病房、緩和病房等病房期間除外。 2. 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	☐ 1. 低收入戶及中低收入(含老人)公費安置(安置機構名稱：)。 ☐ 2. 中低收入老人特別照顧津貼/身心障礙者照顧津貼。 ☐ 3. 中低收入老人傷病住院看護費用補助。 ☐ 4. 身心障礙者教養費補助(安置機構名稱：)。 ☐ 5. 低收入戶、中低收入戶及領有身心障礙者生活補助資格(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)	☐ 1. 身心障礙者傷病住院看護費用補助作業申請核定申請表(附件一)。 ☐ 2. 身心障礙手冊或證明正反面影本。 ☐ 3. 列冊低收入戶證明(款)。 ☐ 4. 列冊中低收入戶證明。 ☐ 5. 領有/符合身心障礙者生活補助資格者證明。 ☐ 6. 醫院診斷證明書正本(須有醫師註明『住院期間須專人照顧』)。 ☐ 7. 由醫院之主治醫師、護理人員或社工員出具之身心障礙者傷病住院看護證明書(附件二)。 ☐ 8. 具領人郵局或金融機構存摺封面影本，如無郵局存摺及金融機構存摺或因帳戶遭凍結或其他因素需開立無劃線支票，應填具領款收據及切結書(附件三)(附件七)。 ☐ 9. 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，須檢附應檢附戶口名簿影本或電子戶籍謄本，但戶籍謄本可證明親屬關係者免附。 ☐ 10. 由專職人員看護者，須檢附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，及專人看護切結書(附件四)，但如外國籍之照護服務員，須附有效期限內之居留證影本。 ☐ 11. 申請人因故無法親自申請/具領補助款之委託書(附件五)。 ☐ 12. 申請人已死亡，請檢附遺產稅繳清或免稅證明；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(附件六)。 ☐ 13. 若無核列身心障礙者生活補助資格，請各區區公所應依本市身心障礙者生活補助審核作業要點第五點檢附臺中市身心障礙者生活補助調查表(應由各區公所依本要點第六點完成審核)、全戶所得、財產證明、稅籍清單等相關資料。 ☐ 14. 其他： 。				
區公所初審	受看護日期：自 年 月 日至 年 月 日止共 日。				
市政府審核	承辦人		課長		區長
	審核	1. 依據(1)臺中市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. ☐ 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. ☐ 本案不符補助規定。			
	承辦人		股長		科長

附件二

臺中市身心障礙者傷病住院看護費用補助證明書

茲證明申請人 先生(女士)，自 年 月 日起至
年 月 日止共 日住院治療，確實由專人看護。

※有塗改處者得由證明人蓋章

照顧者姓名：

照顧者身分：☐看護工（須附看護費用發票或收據正本、看護人員之身分證正反面影本及病患服務員、照顧服務員或其他相關結業證書、證照影本並簽章證明與正本相符，及專人看護切結書，但如外國籍之照護服務員，須附有效期限內之居留證影本）

☐十六歲以上，未滿六十五歲之配偶、直系親屬及旁系二等血親

(須附親屬證明文件以示與病患關係)

證明人單位：

主治醫師： 簽章

護理長： 簽章

社會工作人員： 簽章

【三者任一人證明即可】

中華民國 年 月 日

臺中市身心障礙者傷病住院看護費用補助

收 據

摘 要	____區____君 之身心障礙傷病住院 看護費用補助	備 考	TEL:
金 額	新臺幣 _____ 元 整		
上款已照數領訖此據 臺中市政府社會局 台照 領款人住址： 領款人： _____ (簽名及蓋章) 身分證字號： 中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日			

✂

臺中市身心障礙者傷病住院看護費用補助

收 據

摘 要	____區____君 之身心障礙傷病住院 看護費用補助	備 考	TEL:
金 額	新臺幣 _____ 元 整		
上款已照數領訖此據 臺中市政府社會局 台照 領款人住址： 領款人： _____ (簽名及蓋章) 身分證字號： 中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日			

附件四

臺中市身心障礙者傷病住院看護費用補助

專人看護切結書

立切結書人 ，茲切結 先生/女士

因 (病名)住院，病床號碼為： ，

自 年 月 日 時起至 年 月

日 時止由本人看護，若有虛偽不實申請補助或重複申請

者，本人願負法律責任，並繳回全部補助款，特此具結。

此 致

臺中市政府社會局

立切結書人：

身分證字號：

戶籍地址：

電 話：

與申請人關係：

中 華 民 國 年 月 日

附件五

臺中市身心障礙者傷病住院看護費用補助

委 託 書

本人_____先生（女士），因_____

_____（請詳明原

因）_____

無法親自☐具領☐申請臺中市辦理身心障礙者傷病住院看護
費用補助款，故委託_____（關

係：_____）代為☐具領☐申請。

委託人：_____（簽章）

身分證字號：

地址：

受託人：_____（簽章）

身分證字號：

地址：

中華民國_____年_____月_____日

附件六

臺中市身心障礙者傷病住院看護費用補助
共同委任及切結書

為辦理_____君（國民身分證字號：_____）之身心障礙者傷病住院看護費用補助事宜，吾等繼承人共_____人，共同委任_____君（國民身分證字號：_____）代表申領該補助之全部款項並負責分與各繼承人。如因申領身心障礙者傷病住院看護費用補助發生任何法律責任及爭訟，委任人暨受任人願負一切責任。

此致

臺中市政府社會局

委任人： （簽章） 身分證字號：

委任人： （簽章） 身分證字號：

委任人： （簽章） 身分證字號：

委任人： （簽章） 身分證字號：

委任人： （簽章） 身分證字號：

委任人： （簽章） 身分證字號：

受任人： （簽章） 身分證字號：

中華民國 年 月 日

附件七

臺中市身心障礙者傷病住院看護費用補助

切 結 書

申請人_____先生/小姐(身分證字號:_____)

因_____，為申請本市辦理身心障礙者住院傷病

看護費用，請開立無劃線支票，由_____ (身分證字

號:_____)為支票受款人，特此無訛。

此致

臺中市政府社會局

具結人: _____ (簽章)

身分證字號:

住址:

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日