**🞏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** 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
 | ※其他應備文件* 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。1. □本案不符補助。(請敘明原因)：
 |
| 承辦人 | 單位主管 | 機關首長 |
|  |  |  |