

新竹縣政府特殊境遇家庭傷病醫療補助申請表

案件編號：

申請日期： 年 月 日

一、申請人資料

身分證字號： 姓 名：
 出生日期： 身 分 別： ☐原住民 ☐大陸籍 ☐外國籍
 戶籍地址：
 通訊地址： ☐同上
 聯絡電話： 手機號碼：

二、子女資料

◎若傷病醫療補助係申請人本人，子女欄請勿填寫

身分證字號	姓 名	出生日期	與申請人關係
			☐ 被扶養子女 ☐ 被扶養孫子女
			☐ 被扶養子女 ☐ 被扶養孫子女
			☐ 被扶養子女 ☐ 被扶養孫子女

三、補助對象

申請人其家庭總收入按全家人口平均分配，每人每月未超過政府當年公布最低生活費2.5倍及臺灣地區平均每人每月消費支出1.5倍，且家庭財產未超過中央主管機關公告之一定金額：

- ☐ 1. 本人及六歲以上未滿十八歲之子女或孫子女參加全民健保，最近三個月內自行負擔醫療費用超過新臺幣三萬元，無力負擔且未獲其他補助或保險給付者
- ☐ 2. 未滿六歲之子女或孫子女，參加全民健保，無力負擔自行負擔之費用者

四、檢附文件

- 三個月內全戶戶口名簿影本
- 全戶所得、財產證明、綜合所得稅稅籍清單
- 相關證件(如診斷證明、健保卡正反面影本、醫療費用收據正本...)

五、是否曾接受相關生活補助

- ☐ 本人／本人(孫)子女確無重複其他傷病醫療補助或保險給付，如有虛偽，願負一切法律責任
- ☐ 本人／本人(孫)子女曾請領 醫療補助／保險給付

立切結書人 (簽章)

六、初審結果

- ☐ 符合補助
- ☐ 不符合補助 不符原因：☐ 收入超過上限 ☐ 動產超過上限 ☐ 不動產超過上限 ☐ 具領其他補助 ☐ 不符申請資格 ☐ 未立案托兒所或違規遭停業處分之托兒所 ☐ 其他

承辦人

課 長

鄉鎮市長

七、核定結果

- ☐ 符合補助 核定補助金額： 元 核定年月：
- ☐ 不符合補助 不符原因：☐ 收入超過上限 ☐ 動產超過上限 ☐ 不動產超過上限 ☐ 具領其他補助 ☐ 不符申請資格 ☐ 未立案托兒所或違規遭停業處分之托兒所 ☐ 其他

承辦人

科長

處長

縣 長