

## 新竹縣 鄉鎮市低收入戶及弱勢兒童及少年醫療補助申請表

壹：申請人資料：（由申請人自填或鄉鎮市公所承辦人【村里幹事】

或兒福機構人員或社工員代填） 日期： 年 月 日

一、兒童及少年姓名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生： 年 月 日 身分證字號：
二、戶籍地址：新竹縣 鄉鎮市 村里 鄰 路街 巷弄 號 樓	電 話：
三、符合補助對象：	
<input type="checkbox"/> 合於社會救助法規定未滿十八歲之低收入戶兒童及少年（附公所證明文件）。 <input type="checkbox"/> 弱勢兒童： <input type="checkbox"/> 符合領取新竹縣中低收入戶或兒童及少年生活扶助資格者（附公所證明文件）。 及少年 <input type="checkbox"/> 符合領取弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助資格者（附公所證明文件）。 <input type="checkbox"/> 特殊境遇家庭扶助條例第九條規定未滿六歲之兒童（附領取特殊境遇家庭緊急生活扶助縣府函影本）。 <input type="checkbox"/> 兒童及少年保護個案（附社工轉介單）。 <input type="checkbox"/> 經本府委託安置於公私立兒童、少年安置、教養機構或寄養家庭之兒童及少年（附委託證明）。 <input type="checkbox"/> 符合行政院衛生署公告之罕見疾病兒童及少年或領有全民健康保險重大傷病卡之兒童及少年（附罕見疾病診斷證明或全民健康保險重大傷病卡影本）。 <input type="checkbox"/> 其他經社工員評估有必要補助之兒童及少年。	
四、申請人姓名：	身分證字號： 與兒童及少年之關係： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 其他
戶籍地址：	聯絡電話：
通訊地址：	

貳：申請補助項目及檢附證明文件：

一、住院期間之看護費：限弱勢兒童及少年申請【每日 元 X 日數= 元】
檢附： <input type="checkbox"/> 需專人看護證明 <input type="checkbox"/> 看護費用收據正本 <input type="checkbox"/> 診斷證明書 <input type="checkbox"/> 戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 其它
二、住院期間之膳食費：限弱勢兒童及少年申請
檢附： <input type="checkbox"/> 診斷證明書 <input type="checkbox"/> 住院膳食費用正本 <input type="checkbox"/> 戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 其它
三、全民健康保險費規定應自行負擔之住院費用：限弱勢兒童及少年申請
【自行負擔費用 元 - 不含補助金額 元= 元】
檢附： <input type="checkbox"/> 診斷證明書 <input type="checkbox"/> 戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 醫療費用收據 份 <input type="checkbox"/> 其它
四、為確認身分所作之親子血緣鑑定費用。
檢附： <input type="checkbox"/> 診斷證明書 <input type="checkbox"/> 戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 醫療費用收據 份 <input type="checkbox"/> 其它
五、其他經本府評估有必要補助之項目。
檢附： <input type="checkbox"/> 診斷證明書 <input type="checkbox"/> 戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 醫療費用收據 份 <input type="checkbox"/> 其它

參、初審：

肆、複審：

<p>一、符合補助項目：</p> <input type="checkbox"/> 住院期間之看護費 【 元】 <input type="checkbox"/> 住院期間之膳食費 【 元】 <input type="checkbox"/> 全民健康保險費規定應自行負擔之住院費用 【 元】 <input type="checkbox"/> 為確認身分所作之親子血緣鑑定費用 【 元】 <input type="checkbox"/> 經評估有必要補助之項目【 元】 <p>二、不符合補助標準：</p> <input type="checkbox"/> 不符補助對象 <input type="checkbox"/> 不符補助項目 <input type="checkbox"/> 資料不全 <input type="checkbox"/> 其它 <p style="text-align: center;">鄉鎮市公所核章</p>	<p>一、符合補助項目：</p> <input type="checkbox"/> 住院期間之看護費 【 元】 <input type="checkbox"/> 住院期間之膳食費 【 元】 <input type="checkbox"/> 全民健康保險費規定應自行負擔之住院費用 【 元】 <input type="checkbox"/> 為確認身分所作之親子血緣鑑定費用 【 元】 <input type="checkbox"/> 經評估有必要補助之項目【 元】 <p>二、不符合補助標準：</p> <input type="checkbox"/> 不符補助對象 <input type="checkbox"/> 不符補助項目 <input type="checkbox"/> 資料不全 <input type="checkbox"/> 其它 <p style="text-align: center;">新竹縣政府社會處核章</p>
--	---

承辦人員	業務主管	機關首長	承辦人員	科 長	處 長