

應備文件		檢查欄
1	申請表。	
2	低收入戶證明或領取中低收入老人生活津貼相關證明。(由戶籍所在地鄉鎮市公所提供)	
3	委由他人代為申請本補助者，應填寫委託代理書及檢附被委託人身分證明文件影本。	
4	無力負擔傷病醫療看護費用切結書。(非本人墊付填寫)	
5	診斷證明書正本。(須由醫師載明入出院日期及敘明住院期間須僱請專人看護)	
6	傷病醫療費用收據正本及依全民健康保險規定應自行負擔費用證明。	
7	僱請看護服務證明書。(須由醫療院所之主治醫師、護理人員或社工員蓋章證明)	
8	僱請看護人員收據。(須由僱請看護人員或看護單位提供)	
9	看護者之照顧服務員結業證書影本(證書須經縣市政府認證)或照顧服務員丙級技術士證書影本。(須由僱請看護人員或看護單位提供)	
10	申請人領有本府全額補助入住社會福利機構、醫療機構者應檢附核定收容安置補助公文影本。(機構收容安置個案由機構提供)	
11	中低收入老人傷病醫療看護費用補助印領清冊。(機構收容安置個案由機構撰寫)	
12	個人申請：申請人領款收據、郵局存摺影本。 機構申請：機構領據、存摺封面影本。	

新竹縣中低收入老人傷病醫療、看護費補助申請表

一、申請人資料

申請日期： 年 月 日

(一)患者姓名：_____，福利身分別：低收入戶 中低收入戶 中低老 1.5 中低老 2.5

(二)身分證字號：_____。是否為原住民：1.否 2.是，族別_____。

(三)戶籍地址：新竹縣_____。

(四)通訊地址：_____，電話：_____。

(五)申請項目：1.醫療補助 2.看護費補助 3.醫療及看護費補助

(六)檢附證明文件

1、醫療補助：戶籍謄本 低收入戶證明 診斷書證明 醫療費用收據(含明細表)領款收據
綜合所得稅證明及財產清單 無力負擔費用切結書 其他_____

2、看護補助：戶籍謄本 低收入戶證明 診斷書證明 須僱請專人看戶證明領款收據 實際支付看護費用收據 綜合所得稅證明及財產清單 無力負擔費用切結書 其他_____

(七)申請人姓名：_____，與患者關係_____。

二、戶內人口及家庭狀況

人 數	稱謂	姓名	性 別	出生年月日				健康狀況			工作能力		所享社 會保險	平均每月收入				
		身分證字號		年	月	日	足齡	正常	疾病	身心障礙	職業	無		工作收入	本息收入	其他收入	總收入	備註
1																		
2																		
3																		
4																		

三、審核結果：

(一)____年____月已列冊低收入戶。

(二)最低生活費(元)*全家總人口(人)*補助標準(倍)=補助標準金額(元) 家庭總收入(元)
 _____*_____*=_____ _____

(三)自行負擔醫療費用(元)-不合補助金額(元)=符合補助金額(元)
 _____-_____ = _____
 符合補助金額(元)*補助比例(元)=核定補助金額
 _____*_____ = _____
 補助看護費用標準*日數(自____年____月____日至____年____月____日)=核定補助金額
 _____*_____ = _____

(四)不符合補助標準：全家月收入超過最低生活費 1.5 倍 財產超過 650 萬元
其他_____

初核簽章			複核簽章		
承辦人	業務主管	機關首長	承辦人	業務主管	機關首長

- 1.申請人資料由申請人自填或受理單位(鄉鎮市公所、救助機關)承辦人代填。
- 2.戶內人口及家庭經濟狀況，審核欄第 1、2 項由鄉鎮市公所或救助機構(社工員)查填，審核單位得依複查事實予以更正。
- 3.初審欄由鄉鎮市公所或救助機關核章，複核欄由縣政府核章。

新竹縣中低收入老人傷病醫療看護費用補助 委託代理書

本人_____ (出生日期：民國____年____月____日，身份證字號：_____)

茲因_____，特授與_____先生/小姐(出

生日期：民國____年____月____日，身份證字號：_____)代理本人處理

「_____」申請事宜，本委託代理書自簽發之日起生效。

此致

_____鄉(鎮、市)公所

被代理人：_____ 簽章

代理人：_____ 簽章

【檢附身分證明文件影本，正本繳驗後發還】

身份證正面影本黏貼處

身份證反面影本黏貼處

被代理人與代理人關係：_____

聯絡電話：

地 址：

中 華 民 國

年

月

日

新竹縣中低收入老人傷病醫療看護費用補助

無力負擔切結書

本人_____ (身份證字號：_____) 於民國____年____月____日起至民國____年____月____日止，至_____醫院，本人子女及其他家屬無力協助照顧及支付傷病醫療及住院看護費用，擬由_____協助僱請合格看護人員協助照顧並先行墊付其相關費用，本人同意本次傷病醫療看護費用補助費用補助款項撥付給_____。

此致

新竹縣政府

立同意書人：_____ 簽章

與立同意書人關係：_____

【繳交立同意書人身分證明文件影本，正本繳驗後發還】

身份證正面影本黏貼處

身份證反面影本黏貼處

聯絡電話：

地 址：

新竹縣中低收入老人僱請看護服務證明書

本人 _____ 為合格照顧服務員，於 _____ 醫院

提供 _____ 先生（女士）看護服務之狀況如下：

看護時間起迄	班別	班別單價	小計金額
自 年 月 日 時 至 年 月 日 時	<input type="checkbox"/> 全（24 小時） <input type="checkbox"/> 日（12 小時） <input type="checkbox"/> 夜（12 小時）		
自 年 月 日 時 至 年 月 日 時	<input type="checkbox"/> 全（24 小時） <input type="checkbox"/> 日（12 小時） <input type="checkbox"/> 夜（12 小時）		

茲領到 _____ 先生（女士）看護費用計新台幣 _____ 拾 _____ 萬 _____ 仟 _____ 佰 _____ 拾元整，確實無訛。

照顧服務員簽名或蓋章：

聯絡電話：

身份證或居留證正面影本黏貼處

身份證或居留證反面影本黏貼處

-----以下請醫院填寫-----

茲證明 _____ 先生（女士），確實於住院期間（自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止），僱請專人看護。

本照顧服務員是否為 貴醫院合作之看護公司員工？ 是 否

證明單位：

證明人：

（請醫院主治醫師或護理人員或社工員蓋職章）

連絡電話：

【以上各項資料若有塗改，需於塗改處押章】

新竹縣中低收入老人傷病醫療看護費用補助 代墊收據

茲收到

新竹縣政府補助_____（具領單位），

代墊中/低收入老人_____先生/女士無力負擔中低收入老人傷病醫療看護費用，新台幣 萬 仟 佰 拾 元整。

此 致

新竹縣政府

具領單位：

地址：

聯繫電話：

統一編號：

入帳金融機構戶名：

入帳金融機構帳號：

出納：

會計：

負責人：

機構印章

-----黏貼由存摺封面影本-----

新竹縣中低收入老人傷病醫療看護費用補助

收 據

茲收到

新竹縣政府補助中/低收入老人_____先生/女士

中低收入老人傷病醫療看護費用，計新台幣 萬 仟 佰 拾 元整。

此 致

新竹縣政府

印章

具領人(個人/代墊人)：

戶籍地址：

聯繫地址：

聯繫電話：

身分證字號：

入帳金融機構：

-----黏貼由存摺封面影本-----