

新竹縣中低收入戶傷病醫療看護費補助申請表

103年6月修正

一、申請人資料

申請日期： 年 月 日

(一)患者姓名：_____，福利身分別：1. 低收入戶 2. 中低收入戶 3. 經濟弱勢戶

(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：三個月內全戶戶籍謄本 中低或低收入戶證明 診斷書證明 醫療費用收據(含明細表) 領款收據 全戶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：三個月內全戶戶籍謄本 中低或低收入戶證明 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 全戶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_____。

(八)通訊地址：_____，聯絡電話：_____。

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					
				年	月	日	足齡	正常	疾病	身心障礙	職業	無		工作收入	利息收入	其他收入	總收入	備註	
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			

三、審核

(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

附註：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。
- 3.初審欄由鄉鎮市公所或救助機關核章(初審請將補助金額填寫完整)，複核欄由縣政府核章。
- 4.具有低收、中低收入戶證明者，可免付三個月內之全戶戶籍謄本、全戶綜合所得稅證明、財產清單。