

新竹縣弱勢兒童及少年醫療補助申請表

壹、申請者基本資料：(由申請人自填或鄉鎮市公所承辦人、村里幹事、兒福機構人員或社工員代填)

受 基 補 助 資 料	兒童及少年 姓名	出生 年 月 日	身分證 統一編號	性別
	戶籍地址			
	身分別	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 原住民(<input type="checkbox"/> 平地 <input type="checkbox"/> 山地) <input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 外籍() <input type="checkbox"/> 其他()		
申 請 人 資 料	姓名	身分證統一編號	聯絡電話	
	戶籍地址			
	通訊地址			
	與兒童及少年關係	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 其他監護人 <input type="checkbox"/> 家屬 <input type="checkbox"/> 其他_____		

共 同 應 備 文 件	※自我檢查(已附者請打勾)： <input type="checkbox"/> 戶口名簿影本或最近三個月內之戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 領款收據 <input type="checkbox"/> 申請人存摺封面影本(申請人指定匯入非本人帳戶，須由申請人出具切結書並簽章)			
----------------------------	--	--	--	--

申 請 補 助 對 象 及 應 備 文 件	※申請補助對象(第二點第一款至第十款)(擇一)：			
	(一) <input type="checkbox"/> 低收入戶證明或中低收入戶證明			
	(二) <input type="checkbox"/> 本縣弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助資格核定公文影本			
	(三) <input type="checkbox"/> 本縣特殊境遇家庭扶助條例第九條規定，未滿六歲之兒童資格核定公文影本			
	(四) <input type="checkbox"/> 兒保個案-社工評估(訪視)報告及個案紀錄			
	(五) <input type="checkbox"/> 安置/寄養-社工評估(訪視)報告及個案紀錄、委託安置公文影本			
	(六) <input type="checkbox"/> 發展遲緩診斷證明書正本 <input type="checkbox"/> 年度所得及財稅證明			
	(七) <input type="checkbox"/> 早產兒診斷證明書正本 <input type="checkbox"/> 年度所得及財稅證明			
	(八) <input type="checkbox"/> 社工評估(訪視)報告及個案紀錄 <input type="checkbox"/> 年度所得及財稅證明 (因懷孕或生育而遭遇困境之兒童及少年與其子女)			
	(九) <input type="checkbox"/> 醫療院所或療育機構開立之診斷證明書 <input type="checkbox"/> 全民健康保險重大傷病證明核定通知書 <input type="checkbox"/> 年度所得及財稅證明			
(十) <input type="checkbox"/> 其他經本府評估有補助必要之社工評估(訪視)報告及個案紀錄 <input type="checkbox"/> 年度所得及財稅證明				

貳、申請補助項目及檢附證明文件(請申請人確實勾選)：

項次	申請補助項目及檢附證明文件	備註
一	全民健康保險應自行負擔之住院費用： 【自行負擔費用 元 - 不含補助金額 元 = 元】 檢附： <input type="checkbox"/> 醫療費用收據正本 <input type="checkbox"/> 診斷證明書正本 住院期間之看護費用(低收入戶每日最高補助 1,500 元；中低收入戶及其他每日最高補助 750 元)： 【每日 元x 日數= 元】 檢附： <input type="checkbox"/> 全民健康保險特約醫療院所診斷確有醫療或看護必要之證明文件 <input type="checkbox"/> 看護者身分證正、反面影本(如非本國籍之看護，須附居留證影本) <input type="checkbox"/> 照顧服務員結業證書影本或照顧服務員丙級技術士證書影本 <input type="checkbox"/> 僱用看護支付費收據正本(註明看護日期及時間)	合計每年最高補助新臺幣三十萬元。住院費用以因疾病、傷害事故就醫所生全民健康保險之應自行負擔之住院費用為限。不含義肢、義眼、義齒、配鏡、鑲牙、整容、整形、病人運輸、指定醫師、特別護士、指定藥品材料費、掛號費、疾病預防與非因疾病而施行預防之手術或節育結紮及指定病房費。

二	未婚懷孕生產及流產醫療費用： 【自行負擔費用 元 — 不含補助金額 元 = 元】 檢附： <input type="checkbox"/> 社工評估(訪視)報告及個案紀錄 <input type="checkbox"/> 醫療費用收據正本 <input type="checkbox"/> 診斷證明書正本	以特殊境遇家庭扶助條例未補助之費用為限。
三	為確認身分所作之親子血緣鑑定費用： 【自行負擔費用 元 — 不含補助金額 元 = 元】 檢附： <input type="checkbox"/> 醫療費用收據正本 <input type="checkbox"/> 診斷證明書正本	
四	全民健康保險未涵蓋之發展遲緩兒童評估費及療育訓練費： 【自行負擔費用 元 — 不含補助金額 元 = 元】 檢附： <input type="checkbox"/> 衛生福利部指定之發展遲緩兒童聯合評估醫院所開立之發展遲緩證明書正本 <input type="checkbox"/> 評估收費證明正本 <input type="checkbox"/> 身心障礙證明影本 <input type="checkbox"/> 醫療單位或立案之療育單位或具有執業執照之專業治療師所開立之收費證明及註明療育項目、總金額、療育日期之明細表正本	以未滿六歲或已滿六歲，未達到就學年齡，或經評鑑可暫緩入學者為限，每人每次最高補助新臺幣五百元，每月最多八次為限。
五	經醫師鑑定，因早產及其併發症所衍生之醫療、住院費用： 【自行負擔費用 元 — 不含補助金額 元 = 元】 檢附： <input type="checkbox"/> 早產兒診斷證明書正本 <input type="checkbox"/> 醫療費用收據正本 <input type="checkbox"/> 診斷證明書正本	每年最高補助新臺幣三十萬元為限。
六	無全民健康保險投保資格個案之醫療費用： 【自行負擔費用 元 — 不含補助金額 元 = 元】 檢附： <input type="checkbox"/> 醫療費用收據正本 <input type="checkbox"/> 診斷證明書正本	以全民健康保險有給付項目，且由就醫者自行負擔之費用為限，每年最高補助新臺幣三十萬元為限。
七	經醫師評估有必要之愛滋病毒感染預防性投藥費用： 【自行負擔費用 元 — 不含補助金額 元 = 元】 檢附： <input type="checkbox"/> 醫療費用收據正本 <input type="checkbox"/> 診斷證明書正本	每一療程最高補助新臺幣三萬元為限。
八	其他經本府評估有補助必要之項目： 【自行負擔費用 元 — 不含補助金額 元 = 元】 <input type="checkbox"/> 本府評估有補助必要之社工評估(訪視)報告及個案紀錄 <input type="checkbox"/> 醫療費用收據正本 <input type="checkbox"/> 診斷證明書正本	如臨時、重大、急迫醫療需求或非自願性住非健保床之差額、經診斷必要性醫療但健保不給付之藥費。

參、切結資料：

本人(或代理人) _____ 已閱讀並了解本申請表各節，保證上述所填各項資料及所附文件均為真實，並知悉提供不實資料及違反相關法令之後果，且無重複請領政府機關相同性質之其他補助，若有可歸責於己之事由，除繳回所領金額並自負一切法律責任。

本申請之醫療補助各款若經新竹縣政府審核通過並核撥至本人(或指定)帳戶內，日後若有任何具領爭議，本人 _____ 及具領人 _____ 願負法律上完全責任。(如因故須由他人代理申請填寫，代理人已將表內各事項詳告申請人)。

申請人簽章：_____ (身分證字號：_____；聯絡電話：_____)

代理人簽章：_____ (身分證字號：_____；聯絡電話：_____)

具領人簽章：_____ (身分證字號：_____；聯絡電話：_____)

申請時間：_____年_____月_____日

陸、初審意見及複審意見及簽章：

鄉鎮市公所初核結果			縣政府複核結果		
<p>一、 <input type="checkbox"/> 依第二點第一款至第五款規定申請第三點各款補助項目者，全額補助。</p> <p>二、 依第二點第六款至第十款規定申請第三點各款補助項目者，依收入訂定補助比率如下：</p> <p><input type="checkbox"/> 家庭總收入平均未達當年度當地區每人每月最低生活費二倍，或未達臺灣地區平均每人每月消費支出者，補助百分之七十五。</p> <p><input type="checkbox"/> 家庭總收入平均在當年度當地區每人每月最低生活費二倍以上未達三倍，或未達臺灣地區平均每人每月消費支出一點五倍者，補助百分之五十。</p> <p><input type="checkbox"/> 家庭總收入平均在當年度當地區每人每月最低生活費三倍以上未達四倍，或未達臺灣地區平均每人每月消費支出二倍者，補助百分之二十五。</p>			<p>一、 <input type="checkbox"/> 依第二點第一款至第五款規定申請第三點各款補助項目者，全額補助。</p> <p>二、 依第二點第六款至第十款規定申請第三點各款補助項目者，依收入訂定補助比率如下：</p> <p><input type="checkbox"/> 家庭總收入平均未達當年度當地區每人每月最低生活費二倍，或未達臺灣地區平均每人每月消費支出者，補助百分之七十五。</p> <p><input type="checkbox"/> 家庭總收入平均在當年度當地區每人每月最低生活費二倍以上未達三倍，或未達臺灣地區平均每人每月消費支出一點五倍者，補助百分之五十。</p> <p><input type="checkbox"/> 家庭總收入平均在當年度當地區每人每月最低生活費三倍以上未達四倍，或未達臺灣地區平均每人每月消費支出二倍者，補助百分之二十五。</p>		
<p>一、 符合補助項目：</p> <p>符合補助金額 × 補助比率 = 核定補助金額</p> <p style="text-align: center;">_____ × _____ = _____ 元。</p> <p><input type="checkbox"/> 補助全民健康保險費規定應自行負擔之住院費用：計新臺幣 _____ 元。</p> <p><input type="checkbox"/> 補助住院期間之看護費用：計新臺幣 _____ 元。 (以上兩款合計每人每年不得超過 30 萬元)</p> <p><input type="checkbox"/> 未婚懷孕生產流產醫療費用 (以特殊境遇家庭扶助條例未規定之補助為限)：計新臺幣 _____ 元。</p> <p><input type="checkbox"/> 為確認身分所作之親子血緣鑑定費用：計新臺幣 _____ 元。</p> <p><input type="checkbox"/> 全民健康保險未涵蓋之發展遲緩兒童評估費及療育訓練費用：計新臺幣 _____ 元。 (本款每人每次最高補助 500 元，每月最多 8 次為限)</p> <p><input type="checkbox"/> 經醫師鑑定，因早產及其併發症所衍生之醫療、住院費用：計新臺幣 _____ 元。 (本款每人每年最高補助 30 萬元為限)</p> <p><input type="checkbox"/> 無全民健康保險投保資格個案之醫療費用，但以全民健康保險有給付項目且由就醫者自行負擔之費用為限：計新臺幣 _____ 元。 (本款每人每年最高補助 30 萬元為限)</p> <p><input type="checkbox"/> 經醫師評估有必要之愛滋病毒感染預防性投藥費用：計新臺幣 _____ 元。 (本款每人每一療程最高補助 3 萬元為限)</p> <p><input type="checkbox"/> 其他經評估有補助必要之項目：計新臺幣 _____ 元。 (本款每人每年最高補助 30 萬元為限)</p> <p>二、 不符合補助原因：</p> <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</p> <p><input type="checkbox"/> 家庭總收入平均逾越每人每月最低生活費 4 倍</p> <p><input type="checkbox"/> 動產超過 150 萬元 <input type="checkbox"/> 不動產超過 650 萬元</p> <p><input type="checkbox"/> 其他 (請敘明) _____</p>			<p>一、 符合補助項目：</p> <p>符合補助金額 × 補助比率 = 核定補助金額</p> <p style="text-align: center;">_____ × _____ = _____ 元。</p> <p><input type="checkbox"/> 補助全民健康保險費規定應自行負擔之住院費用：計新臺幣 _____ 元。</p> <p><input type="checkbox"/> 補助住院期間之看護費用：計新臺幣 _____ 元。 (以上兩款合計每人每年不得超過 30 萬元)</p> <p><input type="checkbox"/> 未婚懷孕生產流產醫療費用 (以特殊境遇家庭扶助條例未規定之補助為限)：計新臺幣 _____ 元。</p> <p><input type="checkbox"/> 為確認身分所作之親子血緣鑑定費用：計新臺幣 _____ 元。</p> <p><input type="checkbox"/> 全民健康保險未涵蓋之發展遲緩兒童評估費及療育訓練費用：計新臺幣 _____ 元。 (本款每人每次最高補助 500 元，每月最多 8 次為限)</p> <p><input type="checkbox"/> 經醫師鑑定，因早產及其併發症所衍生之醫療、住院費用：計新臺幣 _____ 元。 (本款每人每年最高補助 30 萬元為限)</p> <p><input type="checkbox"/> 無全民健康保險投保資格個案之醫療費用，但以全民健康保險有給付項目且由就醫者自行負擔之費用為限：計新臺幣 _____ 元。 (本款每人每年最高補助 30 萬元為限)</p> <p><input type="checkbox"/> 經醫師評估有必要之愛滋病毒感染預防性投藥費用：計新臺幣 _____ 元。 (本款每人每一療程最高補助 3 萬元為限)</p> <p><input type="checkbox"/> 其他經評估有補助必要之項目：計新臺幣 _____ 元。 (本款每人每年最高補助 30 萬元為限)</p> <p>二、 不符合補助原因：</p> <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</p> <p><input type="checkbox"/> 家庭總收入平均逾越每人每月最低生活費 4 倍</p> <p><input type="checkbox"/> 動產超過 150 萬元 <input type="checkbox"/> 不動產超過 650 萬元</p> <p><input type="checkbox"/> 其他 (請敘明) _____</p>		
鄉 鎮 市 公 所 核 章			縣 政 府 社 會 處 核 章		
承辦人	業務主管	機關首長	承辦人	科長	處長