**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 本  助 資  人 料 | | 兒童及少年  姓名 |  | | 出生  年月日 | 年 月 日 | | 身分證  統一編號 |  | | | 性別 |  |
| 戶籍地址 |  | | | | | | | | | | |
| 身分別 | □本國 □原住民(□平地□山地) □大陸籍 □外籍( ) □其他( ) | | | | | | | | | | |
| 申 基請 本人 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 | | □父 □母 □其他監護人 □家屬 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| 共同應備文件 | ※自我檢查(已附者請打勾)：  □戶口名簿影本或最近三個月內之戶籍謄本  □領款收據  □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)**□低收入戶證明或中低收入戶證明  **(二)**□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)**□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)**□兒保個案-社工評估(訪視)報告及個案紀錄  **(五)**□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)**□發展遲緩診斷證明書正本□年度所得及財稅證明  **(七)**□早產兒診斷證明書正本□年度所得及財稅證明  **(八)**□社工評估(訪視)報告及個案紀錄□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)**□醫療院所或療育機構開立之診斷證明書□全民健康保險重大傷病證明核定通知書  □年度所得及財稅證明  **(十)**□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□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：□醫療費用收據正本 □診斷證明書正本 | 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。 |
| 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**×** 日數= 元 】  檢附：□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□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）□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 □僱用看護支付費收據正本(註明看護日期及時間) |
| 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：□社工評估(訪視)報告及個案紀錄□醫療費用收據正本□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：□醫療費用收據正本 □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：  □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  □評估收費證明正本  □身心障礙證明影本  □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：□早產兒診斷證明書正本 □醫療費用收據正本 □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：  □醫療費用收據正本  □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：□醫療費用收據正本 □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】  □本府評估有補助必要之社工評估(訪視)報告及個案紀錄  □醫療費用收據正本  □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 |

肆、家屬狀況(依第二點第六款至第十款規定申請補助者填寫)：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 編號 | 稱謂 | 姓 名 | 出生日期 | | | 性別 | 工作能力 | | 平 均 每 月 收 入 | | | | 備註 |
| 身分證字號 | 年 | 月 | 日 | 職業 | 無 | 工作收入 | 利息收入 | 其他收入 | 總收入 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 依第二點第六款至第十款規定申請補助者，其家庭應計算人口範圍，包含兒童及少年之一親等直系血親及實際共同生活之兄弟姐妹。但未與單親家庭未成年子女共同生活、無扶養事實，且未行使、負擔其對未成年子女權利義務之父或母，得不列入。 | | | | | | | | | | | | | |

伍、審核標準：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 審核項目 | 鄉鎮市公所初審結果 | 縣政府複審結果 |
| **家庭總收入平均**  (=全家每月總收入/全家人口數) | 元 | 元 |
| **全戶動產** | 元 | 元 |
| **全戶不動產** | 元 | 元 |
| 一、家庭總收入之計算方式，依社會救助法相關規定辦理。  二、109年度收入標準：◎最低生活費=12,388元 ；◎消費支出=22,168元  (依衛生福利部及行政院主計總處最新公告為準) | | |

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 | | |
| 1. □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。   1. 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：   □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。  □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。  □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。 | | | 1. □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。   1. 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：   □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。  □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。  □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。 | | |
| 1. 符合補助項目：   **符合補助金額 × 補助比率 =核定補助金額**  **× = 元。**  □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。  □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)**  □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。  □為確認身分所作之親子血緣鑑定費用：  計新臺幣 元。  □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)**  □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)**  □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)**  □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)**  □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)**  二、不符合補助原因：  □不符補助對象 □不符補助項目 □資料不全  □家庭總收入平均逾越每人每月最低生活費4倍  □動產超過150萬元 □不動產超過650萬元  □其他 （請敘明） | | | 1. 符合補助項目：   **符合補助金額 × 補助比率 =核定補助金額**  **× = 元。**  □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。  □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)**  □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。  □為確認身分所作之親子血緣鑑定費用：  計新臺幣 元。  □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)**  □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)**  □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)**  □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)**  □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)**  二、不符合補助原因：  □不符補助對象 □不符補助項目 □資料不全  □家庭總收入平均逾越每人每月最低生活費4倍  □動產超過150萬元 □不動產超過650萬元  □其他 （請敘明） | | |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |