

# 新竹縣中低收入戶傷病醫療看護費補助申請表

109年2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：同戶籍地址 \_\_\_\_\_，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 診斷證明書 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 診斷證明書 須僱請專人看護證明 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  身分證字號	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/中低收入戶。

(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)-不予補助醫療費用(元)- 3萬或5萬醫療費用(元)= 核定醫療費補助金額(元)  
 \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

補助看護費用標準\*日數(自 年 月 日至 年 月 日)=核定補助金額(元)  
 \_\_\_\_\_\*\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

(四)不符合補助標準：全家月收入超過最低生活費 1.5 倍 全戶動產每年每人平均超過新臺幣 12 萬元或不動產合計超過新臺幣 500 萬元 其他\_\_\_\_\_

初審簽章			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正。  
 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，可免附三個月內之全戶戶籍謄本、全戶綜合所得稅證明、財產清單。