

高雄市 內門 區經濟弱勢市民之醫療、看護費用補助申請表

壹：基本資料：

申請日期： 年 月 日

申請人 (補助對象)	姓名：	身分證字號：	出生年月日：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	狀態： <input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿
	戶籍地址：	申請人簽名加蓋章： (須有本人簽名加蓋章)			
	公文送達地址：				
	聯絡電話(住宅)：				
受託 代辦人	姓名：	身分證字號：	與申請人之關係：		
	通訊地址：				
	聯絡電話(住宅)：		(手機)：		
申請項目 <input type="checkbox"/> 1. 醫療費用補助 <input type="checkbox"/> 2. 看護費用補助					

貳、審核(以下由市政府社會局查填)：

*應備文件及檢附文件欄位詳見背面

<p>醫療費用補助審查欄</p> <p>本案補助對象資格審核說明如下：</p> <p>一、案主資料：</p> <p><input type="checkbox"/>低收入戶_____類 <input type="checkbox"/>中低收入戶</p> <p><input type="checkbox"/>為原住民(山地/平地)</p> <p>二、105年第_____次申請，已補助_____元。</p>	<p>看護費用補助審查欄</p> <p>本案補助對象資格審核說明如下：<input type="checkbox"/>為原住民(山地/平地)</p> <p>一、案主資料：</p> <p>(一) <input type="checkbox"/>低收入戶_____類 <input type="checkbox"/>中低收入戶</p> <p><input type="checkbox"/>中低收入老人 <input type="checkbox"/>身障生活補助</p> <p>(二) <input type="checkbox"/>身障托育養護 <input type="checkbox"/>老人公費安置 <input type="checkbox"/>精障安置</p> <p><input type="checkbox"/>其他： <input type="checkbox"/>無公費安置 <input type="checkbox"/>老人特照津貼 <input type="checkbox"/>身障特照津貼</p> <p>二、105年第_____次申請，已補助_____元。</p> <p>三、家屬無法看護應計人口_____人：<input type="checkbox"/>配偶 <input type="checkbox"/>父 <input type="checkbox"/>母</p> <p><input type="checkbox"/>兒子_____人 <input type="checkbox"/>女兒_____人 <input type="checkbox"/>孫子女_____人</p> <p><input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>四、家屬無法看護證明：</p> <p>(一) 父/母：_____ (二) 夫/妻：_____</p> <p>(三) 子/女：_____</p> <p>(四) 孫子女：_____</p>
<p>醫療費用補助審查結果：</p> <p><input type="checkbox"/>符合補助標準：</p> <p>1. 補助_____元</p> <p>2. 補助期間：自_____年_____月_____日起至_____年_____月_____日止，</p>	<p>看護費用補助審查結果：</p> <p><input type="checkbox"/>符合補助標準：為本市_____，因「_____」住院治療期間無法自理，需專人看護，其無家屬能協助照顧，符合資格。</p> <p>1. _____ (補助看護費用標準) × _____ (日數) = _____元</p> <p>2. 看護比：<u>1 (看護)</u> : _____ (病患)</p> <p>3. 補助期間：自_____年_____月_____日起至_____年_____月_____日止</p>
<p><input type="checkbox"/>不符補助標準：</p>	

區公所初核簽章

市政府社會局審核簽章

里幹事	承辦人	業務主管	機關首長	承辦	核稿	決行

備註：符合高雄市政府社會局辦理經濟弱勢市民墊付醫療費補助實施計畫之申請對象，請填寫申請人(補助對象)欄位，補助對象之資格審核及補助標準，仍以傷病患者本人所具資格為準。

申請醫療及看護費用補助應備文件：

申請項目	應備文件
醫療費用補助	<input type="checkbox"/> 一、申請表。 <input type="checkbox"/> 二、本市列冊領有低收入戶、中低收入戶證明。 <input type="checkbox"/> 三、健保卡正面影本。 <input type="checkbox"/> 四、身分證正反面影本。 <input type="checkbox"/> 五、醫療院所診斷證明書正本(如有申請健保給付未涵蓋之醫療費用者,須載明確有醫療之必要、使用自費品項之原因及入出院日期;入出院日期須與醫療費用收據一致),必要時,主管機關得經申請人書面同意向醫療院所查調相關資料。 <input type="checkbox"/> 六、金融機構存摺封面影本及領款收據。 <input type="checkbox"/> 七、醫療院所之醫療費用明細及其收據正本;如申請人檢附繳費通知單,主管機關得將補助款項直接撥付醫療院所。 <input type="checkbox"/> 八、委託第三人辦理者,應檢附受託代辦人身分證正反面影本。 <input type="checkbox"/> 九、其他經主管機關指定之文件。
看護費用補助	<input type="checkbox"/> 一、申請表。 <input type="checkbox"/> 二、本市列冊領有低收入戶、中低收入戶、中低收入老人生活津貼或身心障礙者生活補助證明。 <input type="checkbox"/> 三、醫療院所診斷證明書正本。(須載明住院期間生活無法自理,須聘僱專人看護及入出院日期;如有入住隔離或加護病房者,亦應載明入出之日期。),必要時,主管機關得經申請人書面同意向醫療院所查調相關資料。 <input type="checkbox"/> 四、金融機構存摺封面影本及領款收據。 <input type="checkbox"/> 五、家屬無法看護之相關證明文件。 <input type="checkbox"/> 六、看護費用收據正本(須載明看護日期、時間、班別單價、總金額及看護比例,請看護員本人簽名及蓋章,並由醫師、護理人員或社會工作人員蓋職章證明)。 <input type="checkbox"/> 七、看護人員身分證正反面影本及其照顧服務員職前訓練結業證書影本。 <input type="checkbox"/> 八、委託第三人辦理者,應檢附受託代辦人身分證正反面影本。 <input type="checkbox"/> 九、其他經主管機關指定之文件。

領款收據

補助項目	(補助對象姓名): _____ <input type="checkbox"/> 醫療費用補助 <input type="checkbox"/> 看護費用補助
補助金額	新臺幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整 (本欄由社會局填寫)

上款已如數領訖，所送各項憑證若經查核有不符規定情事，領款人自願退還所領取之補助費，絕無異議。

此致

高雄市政府社會局

領款人：

(簽名及蓋章)

住址：_____市_____區_____里_____鄰_____路
_____巷_____弄_____號_____樓之_____

身分證字號：

中 華 民 國 年 月 日(必填)

切 結 書

立切結書人(補助人或申請人)_____願意將向高雄市政府社會局申請的

看護費、醫療費補助，切結由(領款人)_____領取(與補助對象之

關係：_____)，特立此切結書為憑。

此致

高雄市政府社會局

立切結書人： _____ (簽名及蓋章)

身分證字號：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

戶籍地址： _____市_____區_____里_____鄰_____路
 _____巷_____弄_____號_____樓之_____

具領人： _____ (簽名及蓋章)

身分證字號：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

戶籍地址： _____市_____縣_____區_____里_____鄰_____路
 _____巷_____弄_____號_____樓之_____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (必 填)

切 結 書

立切結書人_____願意將(補助人)_____向高雄市政府社會局申請的看護費、醫療費補助，切結由_(領款人)_____領取，特立此切結書為憑。

此致

高雄市政府社會局

立切結書人：_____ (簽名及蓋章)

與補助對象關係：

身分證字號：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

戶籍地址：_____市_____區_____里_____鄰_____路
 _____巷_____弄_____號_____樓之_____街

具領人：_____ (簽名及蓋章)

與補助對象關係：

身分證字號：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

戶籍地址：_____市_____區_____里_____鄰_____路
 _____縣_____區_____里_____鄰_____街
 _____巷_____弄_____號_____樓之_____

中華民國_____年_____月_____日 (必填)

墊付看護費用切結書

立切結書人_____（與受補助人之關係：_____）確實於受補助人_____自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日於_____醫院住院期間支出/代墊其看護費用計新台幣_____元整，特立此切結書為憑，若有不實或隱匿提供資料，願依高雄市經濟弱勢市民醫療補助辦法第 13 條規定，返還所領取之補助款。

此致

高雄市政府社會局

立切結書人/機構：_____（簽名及蓋章）

身分證字號/統一編號：_____

地 址：_____

看護費用收款人/機構：_____（簽名及蓋章）

身分證字號/統一編號：_____

地 址：_____

證明人/機構：_____（簽名及蓋章）

身分證字號/統一編號：_____

地 址：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

看護費用收據

本人_____為合格照顧服務員，於_____醫院提

供病患_____看護服務如下：

看護起迄時間	班別	班別單價 (元)	小計 (元)
自 年 月 日 時 至 年 月 日 時 看護比：1(看護員)：_____ (病患人數)	<input type="checkbox"/> 全(24 小時) <input type="checkbox"/> 日(12 小時， _____時至_____時) <input type="checkbox"/> 夜(12 小時， _____時至_____時)		
自 年 月 日 時 至 年 月 日 時 看護比：1(看護員)：_____ (病患人數)	<input type="checkbox"/> 全(24 小時) <input type="checkbox"/> 日(12 小時， _____時至_____時) <input type="checkbox"/> 夜(12 小時， _____時至_____時)		
總金額計新台幣 萬 仟 佰 拾 元整			
說明	1.看護起訖時間請確實填寫月、日、時，以利審查。 2.各項資料若有塗改，請看護員或證明人於塗改處蓋章。 3.看護費補助每人每日最高補助額度，一日係以全日班(24 小時)計算，但看護時數累計不足 24 小時者不予補助。非一對一看護者，補助金額依看護人數比例計算。		

看護員姓名：_____ (簽名及蓋章)

身分證字號：_____ (請附身分證正反面及照顧服務員證照影本)

戶籍地址：_____市_____區_____里_____鄰
 _____路_____街_____巷_____弄_____號_____樓之_____

醫院名稱：_____ (請蓋醫院章)

聯絡電話：(_____)_____

醫院證明人：_____ (請醫師、護理人員或社工人員蓋職章)

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

高雄市經濟弱勢市民醫療補助案件委任書

一、本人_____因故確實無法親自申辦下列補助事項，依行政程序法第 24 條之規定提出委任書，委任_____代為辦理

理 醫療費用補助

看護費用補助

二、所稱委任事項與提供之資料皆屬實且符合法令規定，如有不實隱瞞情形發生，除繳回溢領款項外，本人及受任人願負一切法律責任。

此致

高雄市政府社會局

委任人姓名：

簽名及蓋章

身分證字號：

地址：

聯絡電話/行動電話：

受任人姓名：

簽名及蓋章

身分證字號： (已附身分證影本)

與委任人之關係：

地址：

聯絡電話/行動電話：

中華民國

年

月

日

家屬無法看護證明切結書

- 壹、依據「高雄市經濟弱勢市民醫療補助辦法」第4條規定，符合低收入戶、中低收入戶、領有本市中低收入老人生活津貼或身心障礙者生活補助者，且無家屬或其家屬無法看護者，得申請看護費用補助。
- 貳、為符合資格，茲以此切結書證明配偶、一親等之直系血親（含父母及子女）及納稅扶養義務人等家屬，因具有下列情形，致無法於住院期間看護，並檢附相關佐證文件。

家屬姓名	無法看護原因	檢附佐證文件
	<input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 在學就讀 <input type="checkbox"/> 經醫生診斷無法看護 <input type="checkbox"/> 身心障礙者中度以上 <input type="checkbox"/> 需照顧家中其他成員 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 在職證明 <input type="checkbox"/> 學生證或在學證明 <input type="checkbox"/> 醫生診斷證明書 <input type="checkbox"/> 身障手冊影本 <input type="checkbox"/> 里長證明 <input type="checkbox"/> 其他_____
	<input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 在學就讀 <input type="checkbox"/> 經醫生診斷無法看護 <input type="checkbox"/> 身心障礙者中度以上 <input type="checkbox"/> 需照顧家中其他成員 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 在職證明 <input type="checkbox"/> 學生證或在學證明 <input type="checkbox"/> 醫生診斷證明書 <input type="checkbox"/> 身障手冊影本 <input type="checkbox"/> 里長證明 <input type="checkbox"/> 其他_____
	<input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 在學就讀 <input type="checkbox"/> 經醫生診斷無法看護 <input type="checkbox"/> 身心障礙者中度以上 <input type="checkbox"/> 需照顧家中其他成員 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 在職證明 <input type="checkbox"/> 學生證或在學證明 <input type="checkbox"/> 醫生診斷證明書 <input type="checkbox"/> 身障手冊影本 <input type="checkbox"/> 里長證明 <input type="checkbox"/> 其他_____
	<input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 在學就讀 <input type="checkbox"/> 經醫生診斷無法看護 <input type="checkbox"/> 身心障礙者中度以上 <input type="checkbox"/> 需照顧家中其他成員 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 在職證明 <input type="checkbox"/> 學生證或在學證明 <input type="checkbox"/> 醫生診斷證明書 <input type="checkbox"/> 身障手冊影本 <input type="checkbox"/> 里長證明 <input type="checkbox"/> 其他_____
	<input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 在學就讀 <input type="checkbox"/> 經醫生診斷無法看護 <input type="checkbox"/> 身心障礙者中度以上 <input type="checkbox"/> 需照顧家中其他成員 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 在職證明 <input type="checkbox"/> 學生證或在學證明 <input type="checkbox"/> 醫生診斷證明書 <input type="checkbox"/> 身障手冊影本 <input type="checkbox"/> 里長證明 <input type="checkbox"/> 其他_____
	<input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 在學就讀 <input type="checkbox"/> 經醫生診斷無法看護 <input type="checkbox"/> 身心障礙者中度以上 <input type="checkbox"/> 需照顧家中其他成員 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 在職證明 <input type="checkbox"/> 學生證或在學證明 <input type="checkbox"/> 醫生診斷證明書 <input type="checkbox"/> 身障手冊影本 <input type="checkbox"/> 里長證明 <input type="checkbox"/> 其他_____

若有詐欺或提供不實資料經查明者，同意繳回溢領補助款項，並負擔一切法律責任，特立此切結書為證。

此致

高雄市政府社會局

立切結書人姓名： _____（簽名及蓋章）

身分證字號： _____

與受補助人關係： _____

電話： _____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

切 結 書

受補助人_____自____年____月____日至____年____月____日於____
醫院接受診療之醫療費用計新台幣_____元整，確實未請領保險給付或高雄
市經濟弱勢市民醫療補助以外之其他政府或民間單位相關醫療補助，特立此
切結書為憑，若有不實或隱匿提供資料，願依高雄市經濟弱勢市民醫療補助
辦法第 13 條規定，返還所領取之補助。

此致

高雄市政府社會局

立切結書人：

(簽名及蓋章)

身分證字號：

地 址：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日