

花蓮縣低(中低)收入戶及弱勢族群醫療照顧費用補助申請表暨委託書

申請日期：____年____月____日 (附件一)

申請人 基本資料	姓名	(簽章)		出生 年月日	民國(前) 年 月 日	生理 性別	☐ 男 ☐ 女
	身分證 字 號				電話：_____	手機：_____	
	戶 籍 地 址	縣 鄉(鎮市區) 村里 路(街) 段 巷 弄 號 樓					
	通 訊 地 址	☐ 同戶籍地 縣(市) 鄉(鎮市區) 村里 路(街) 段 巷 弄 號 樓					
代理人 基本資料	因_____故無法到場申請，申請人_____ (簽章)同意委由_____代理申請。						
	姓名		與患者 關係		電話：_____ 手機：_____		
	身分證 字 號		通訊 地址	縣(市) 鄉(鎮市區) 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓			
具領人(單位) 基本資料	☐ 同申請人 ☐ 同代理申請人(請打勾，以下基本資料可免填)						
	因_____故無法匯至申請人帳戶，申請人_____ (簽章)同意委由_____代為具領。						
	姓名	(簽章)	與患者 關係		電話：_____ 手機：_____		
	身分證 字 號		戶 籍 地 址	縣(市) 鄉(鎮市區) 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓			
本人(或具領人)保證上述所填各項資歷及所附文件均為真實，若以詐欺或提供不實資料取得本補助者，無條件立即繳回所領取之補助款項予花蓮縣政府。若補助具領人非申請人且已由上述具領人代為領取，爰該申請人已無法再重複領取，且已領政府機關相同性質之其他補助或社會保險給付者，不得重複申請本計畫之各項補助。 茲領到花蓮縣政府撥付花蓮縣低(中低)收入戶及弱勢族群醫療及照顧費用補助款，總計為新臺幣： 萬 仟 佰 拾 元整，確實無誤。 中華民國 年 月 日 具領人簽章：_____							
社會福利身分及應備文件	☐ 列冊低收入戶 ☐ 列冊中低收入戶 ☐ 領有身心障礙生活補助 ☐ 領有中低收入戶老人生活津貼 ☐ 其他(☐ 家戶財稅符合低收入戶者 ☐ 家戶財稅符合中低收入戶者)						
	☐ 1. 申請人(及代理人)身分證正反面影本。 ☐ 2. 醫療院所診斷證明書正本：載明入、出院日期就診日期；入住加護病房者，應註明入住加護病房或呼吸照護病房之期間。(欲申請照顧費用補助者，須有主治醫師註明住院期間需專人照顧) ☐ 3. 健保特約醫療院所醫療費用收據正本、繳費通知單、費用明細等醫療費用相關單據。 ☐ 4. 具領人金融機構存摺封面影本及領款收據。 5. 申請照顧補助需檢附： ☐ (1) 載明照顧期間、起迄時間及每日照顧費用之收據正本。 ☐ (2) 醫療院所開立之僱請專人看護證明書。 ☐ (3) 照顧服務員身分證正反面影本及其他身分證明文件(證明與申請人是否為三親等內親屬關係者)。 ☐ (4) 照顧服務員訓練結業證書或照顧服務員職類技術證影本。 ☐ 6. 申請人家戶人口調查表或經濟審查調查表。(查調財稅用) ☐ 7. 其他經本府社會處認定之必要文件(如：非指定自費項目證明書)。						
公所初審	☐ 符合補助標準 ☐ 不符合補助 ☐ 補助對象資格不符 ☐ 申請費用不符補助規定 ☐ 已逾申請期限						
	承辦人		課長		鄉鎮市長		
縣府核定結果	☐ 符合補助標準 ☐ 不符合補助 ☐ 補助對象資格不符 ☐ 申請費用不符補助規定 ☐ 已逾申請期限						
	承辦人		科長		處長		

花蓮縣(中低)收入戶及弱勢族群醫療費用補助經濟審查調查表

(附件二)

一、戶內人口及家庭經濟狀況

編號	稱謂	姓 名	生理性別	出 生				工作能力	
						有	無		
		年		月	日	足齡	職業	原因	
			☐ 男						
			☐ 女						
			☐ 男						
			☐ 女						
			☐ 男						
			☐ 女						
			☐ 男						
			☐ 女						

二、審核結果

審查項目	鄉鎮市公所審核結果
全家人口數	
全家每月總收入	
平均每人每月收入	
符合財稅標準	☐ 符合低收入戶 ☐ 符合中低收入戶

三、鄉鎮市公所審核簽章

承辦人	課長	鄉鎮市長

花蓮縣低(中低)收入戶及弱勢族群醫療費用補助
非指定自費項目證明書

(附件三)

病患_____於民國_____年_____月_____日 至民國_____年_____月_____日
診斷因_____，在_____醫院接受治療，因病情
需要而使用(施行)健保無給付之自費項目_____該項目
雖申請健保未通過，但經專業評估後，病情之治療仍須使用(施行)，醫師本於專
業之知識與訓練，認自費項目係用於本次醫療並確有醫療之必要性，非使用與
本次病情無關之用途(健保給付之項目已不敷使用，必須使用健保無給付之自費
項目，病情之治療已無其他健保給付項目可供替代之特殊材料或特殊藥品)。

醫師：

(簽章)

中 華 民 國 年 月 日

花蓮縣低(中低)收入戶及弱勢族群照顧費用補助
僱請專人照顧證明書

(附件四)

茲證明照服員_____於_____年_____月_____日起至_____年
_____月_____日止計_____日，於本院照顧病患_____，確實無誤，
特此證明。

(機構印信)

醫院名稱：

職稱：

姓名：

(證明人以醫療院所之主治醫師、護理人員或社工員所開具為限)

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

花蓮縣低(中低)收入戶及弱勢族群照顧費用補助
住院照顧費用收據

(附件五)

本人於____年____月____日____時起至____年____月____日____時止
計____日，於____醫院受僱照顧
(被照顧人姓名)____每日(班)收費新臺幣____元整，合
計新臺幣____元整，確實無誤。

照服員姓名：

住址：

身分證字號：

(請附身分證正反面影本及專業證照影本)

電話：

中 華 民 國 年 月 日

花蓮縣低(中低)收入戶及弱勢族群照顧費用補助
病房差額證明書

病患：_____ 身分證字號：_____ 病歷號碼：_____
於民國____年____月____日至民國____年____月____日住院接受治療，因本院
____年____月____日至民國____年____月____日之健保病床已滿床，故
入住____人房，每日單價為新台幣_____元，病房總費用新台幣_____元。
特立此書以茲證明

證明單位：_____（醫院名稱及部門）

姓名：_____（醫護人員或社工人員）

中 華 民 國 年 月 日