

【附件一】

花蓮縣__低收入戶暨中低收入戶重病住院看護補助申請表

申請日期： 年 月 日

申請人姓名	出生年月日	身分證字號		
住址	聯絡電話	身分證字號	蓋章	
代理人	與申請人關係	身分證字號		
住址	聯絡電話	身分證字號	蓋章	
申請資格	<input type="checkbox"/> 低收入戶第 款 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 是否領有中低收入特別照顧津貼 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
接受看護日期	自 年 月 日起至 年 月 日止 (計 天)			
檢附證明文件	<input type="checkbox"/> 1、申請人之低收入戶或中低收入戶證明 <input type="checkbox"/> 2、醫師開立之診斷證明書正本(需載明入出院日期時間，如有入住加護房或呼吸照護病房者，應註明入住加護病房及呼吸照護病房之期間) <input type="checkbox"/> 3、醫療院所開立之僱請專人看護證明書 <input type="checkbox"/> 4、載明看護日期、時間起迄及每日看護費用之收據。 <input type="checkbox"/> 5、看護人員之身分證正反面影本及專業證照或結業證書影本(非本國籍者需附居留證影本及工作證影本)。 <input type="checkbox"/> 6、領款收據、金融機構帳戶存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 7、授權書、切結書			
本人(或具領人)保證上述所填各項資料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。				
患者簽章：_____		具領人(單位)簽章：_____		
鄉鎮市公所初審欄	承辦人	課長	秘書	機關首長
縣政府審核欄	<input type="checkbox"/> 不符合補助 <input type="checkbox"/> 補助對象資格不符 <input type="checkbox"/> 申請費用不符規定 <input type="checkbox"/> 已逾申請期限 <input type="checkbox"/> 同意補助：新台幣 _____ 元			
	承辦人	科長	處長	機關首長

【附件二】

授 權 書

茲本人_____欲辦理傷病住院看護補助申請，因故無法親自前往辦理，故全權授權_____君前來辦理相關手續恐口說無憑，特立此書為證。

此致
花蓮縣政府

授權人：(簽名或蓋章)
身分證字號：
戶籍地址：
聯絡電話：

被授權人：(簽名或蓋章) 與授權人關係：
身分證字號：
戶籍地址：
聯絡電話：

【註】被授權人請檢附身分證影本供本府留存備查。

(粘貼身分證影本正面)	(粘貼身分證影本反面)
-------------	-------------

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【附件三】

_____醫院住院僱請專人看護證明書

茲證明患者_____ (先生/女士) 經_____科 (科別) 診療為_____ (病名)。

自_____年_____月_____日起住院至_____年_____月_____日止出院，因申請人無生活自理能力需僱請專人照顧看護。

看護期間自_____年_____月_____日_____：_____ (時間)
至_____年_____月_____日_____：_____ (時間) 止。

看護方式：一對一 一對二 一對多
看護班別：24小時班_____天、12小時班_____天、
其他_____小時。

確實無誤，特此證明。

醫院名稱：_____（醫院名稱及印信）

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之證明為限）

中 華 民 國 年 月 日

【附件四】

看護費用收據

茲領到病患_____君（身分證字號：_____）住院期間之

看護費共計新台幣__拾__萬__仟__佰__拾__元整，無誤。

看護起迄日期	單價金額（元）			日數 (或班、時數)	金額 小計 (元)
	24小時	12小時	其他		
自 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止					
自 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止					

看護方式（請打勾）：一對一 一對二 一對_____

看護人姓名：

（簽章）

戶籍住址：

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

切結書

本人_____，因病於 年 月 日起至 年 月 日止，在

_____醫院住院治療，茲因本人係縣府列冊之

或未達最低生活費 1.5 倍之經濟弱勢，

低收入戶 _____先行代墊之

中低收入戶 _____元，，本日

傷病醫療費

款

逕撥_____，以償付

重病住院看護費

為憑。

此致

花蓮縣政府

立書人：

簽章

經 辦 人	業 務 主 管	財 產 (物 品) 登 記	主 計 處	縣 長
驗 收 (證 明) 人		事 務 主 管		

收 據

茲領到花蓮縣政府撥付中低收入戶傷病醫療住院看護費用補助款
新台幣 萬 仟 佰 拾 元 整，確實無誤。此據

具領人：

身分證字號：

住址：

存摺影本

為順利入帳，請詳細檢閱，若有金融帳號影印不清者，請核對正本後更正清楚並核章〈或簽名〉。

