花蓮縣　　鄉鎮市弱勢老人及身心障礙者醫療補助申請表

（附件一）

申請日期：　年　　月　　日

<table>
<tr><td rowspan="4">申請人</td><td>姓名</td><td></td><td>性別</td><td></td><td>身分證字號</td><td></td></tr>
<tr><td>出生年月日</td><td></td><td>電話</td><td></td><td>申請人蓋章</td><td></td></tr>
<tr><td>戶籍地址</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>通訊地址</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">代理申請人</td><td>姓名</td><td></td><td>性別</td><td></td><td>身分證字號</td><td></td></tr>
<tr><td>與申請人關係</td><td></td><td>電　話</td><td></td><td>代理申請人蓋章</td><td></td></tr>
<tr><td>申請人資格</td><td colspan="6">□列冊低收入第　　款　　□列冊中低收入戶(1.5倍)
□未達最低生活標準　　倍之65歲以上老人
□領有身心障礙生活補助者
□領有身心障礙手冊或證明並列冊低收入戶或中低收入戶者</td></tr>
<tr><td>檢附證件</td><td colspan="6">□1.申請人符合列冊資格等相關證明文件、影本等資料
□2.申請人之戶謄及財稅等相關資料(弱勢老人經濟列冊審定用)
□3.診斷證明書正本(需註明入、出院日期)
□4.醫療費用收據正本(含費用明細表並註記非指定項目方可補助)
□5.領款收據(醫院代墊費用請改附切結書)、金融機構帳戶存摺封面影本
□6.其他(□切結書、□授權書、□授權人身分證影本)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">鄉鎮市公所初審意見</td><td colspan="6">□ 不符補助規定
□ 符合補助標準</td></tr>
<tr><td colspan="6">承辦人　　課長　　秘書　　鄉鎮市長</td></tr>
<tr><td rowspan="2">縣政府審核結果</td><td colspan="6">□ 不符補助規定
□補助對象資格不符　　□申請費用不符補助規定　　□已逾申請期限。
□符合補助標準，總計補助金額：　　元</td></tr>
<tr><td colspan="6">承辦人　　科長　　副處長　　處長</td></tr>
</table>

花蓮縣　　鄉鎮市弱勢老人醫療及看護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 身分證字號	性別	出生				健康			工作能力		所享社會保險	職業及平均每月收入			備註	每月收入
				年	月	日	足齡	正常	疾病	殘障	有 職業	無 原因		職業	每月收入	無 （原因）		
																		1.全家工作收入 _____元
																		2.房(地)租收入 _____元
																		3.推算存款本金(有價證券、股票及投資) _____元
																		4.榮家津貼 ___ _____元
																		5.土地房屋公告現值合計_____元
註：若表格不敷使用，請自行浮貼於此處																		

二、審核結果

審查項目	鄉鎮市公所初審結果	縣市政府審定結果
全家人口數		
全家每月總收入		
平均每人每月收入		
達最低收活費倍數		

三、鄉鎮市公所初審簽章

調查員	承辦人	課長	鄉鎮市長

四、縣府核定意見及簽章

□不符合補助：□補助對象資格不符、□申請費用不符規定、□已逾申請期限。 □同意補助：新台幣　　元			
承辦人	科長	處長	機關首長

花蓮縣公益彩券盈餘分配基金黏貼憑證用紙 (附件三)

憑證編號	預算科目		金額								用途說明	請勾選領取支票方式： □ 1.自領 □ 2.郵寄 ■ 3.電匯 □ 4.領回轉發
			仟萬	佰萬	拾萬	萬	仟	佰	拾	元		
第　　號	業務計畫	老人福利計畫									支付　　君 弱勢老人及身心障礙者醫療及重病住院看護補助費用	請勾選郵寄支票金額壹萬元以下是否加劃平行線2道： 是□　否□
	工作計畫	會費、捐助、補助、分攤、照護、救濟與交流活動費										
	用途別	捐助、補助與獎助										

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		

憑　證　黏　貼　線

收　據

茲領到花蓮縣政府撥付弱勢老人及身心障礙者醫療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〉。

年　月　日送達主計處(簽章)

年　月　日主計處退件

原因：

年　月　日補正後送達主計處(簽章)

花蓮縣弱勢老人及身心障礙者醫療看護費用代墊切結書

（附件四）

本人　　因無力先行支付醫療看護費用，由　　代墊新臺幣　　元整，確認無誤。敬請貴府同意於核定補助後，將是項補助款逕撥代墊人帳戶。

此致

花蓮縣政府

立切結書人：

姓名：　　簽章

身分證字號：

住址：

代墊人姓名：

與申請人關係：

身分證字號：　　住址：

聯絡電話：

帳號：

中　　華　　民　　國　　年　　月　　日

授權書

（附件五）

茲本人　　欲辦理醫療看護補助申請，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】被受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

花蓮縣　鄉鎮市弱勢老人及身心障礙者重病住院看護補助申請表（附件六）

申請日期：　　年　　月　　日

申請人姓名		出生年月日		身份證字號			
住址			聯絡電話		蓋章		
代理申請人		與申請人關係		身分證字號			
住址			聯絡電話		蓋章		

申請人資格	□列冊低收入第　　款　　□列冊中低收入戶(1.5倍) □未達最低生活標準　　倍之65歲以上老人 □領有身心障礙生活補助者 □領有身心障礙手冊或證明並列冊低收入戶或中低收入戶者 是否領有中低收入特別照顧津貼 □是　□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	□1、申請人符合列冊資格等相關證明文件、影本等資料 □2、申請人之戶謄及財稅等相關資料(弱勢老人經濟列冊審定用) □3、醫師開立之診斷證明書正本 □4、醫療院所開立之僱請專人看護證明書 □5、看護費用收據。 □6、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。 □7、領款收據（醫院代墊費用請改附切結書)、金融機構帳戶存摺封面影本 □8、其他（□切結書、□授權書、□授權人身分證影本）

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				
□不符合補助：□補助對象資格不符、□申請費用不符規定、□已逾申請期限。 □同意補助：新台幣　　元				
	承辦人	科長	處長	機關首長

僱請專人看護證明書　（附件七）

茲證明看護人＿＿＿＿＿於　年　月　日起至　年　月　日止計日，於本院看護病患＿＿＿＿＿，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之證明為限）

中 華 民 國　　年　　月　　日

住院看護費用收據　　（附件八）

本人於__年__月__日__時起至__年__月___日__時止計__日，於醫院受僱看護＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（被看護人姓名）＿＿＿＿＿＿每日（班）收費新臺幣＿＿＿元整，合計新臺幣＿＿＿＿＿元整，確實無誤。

看護人姓名：

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