

苗栗縣低收入戶 / 中低收入戶 看護費用補助申請表

申請日期： 年 月 日

壹、申請人資料：

一、患者姓名：	(簽章) 聯絡電話：	戶籍地址：
二、申請人姓名：	(簽章) 聯絡電話：	與患者關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 係患者之
三、看護日期： 年 月 日至 年 月 日		
四、檢附證明文件 <u>(影本請簽註私章)</u> ： <input type="checkbox"/> 全戶戶籍資料 <input type="checkbox"/> 低收入戶 / <u>中低收入戶</u> 證明 <input type="checkbox"/> 診斷證明書正本 (註明住院期間須請專人照顧) <input type="checkbox"/> 醫師或護理人員、社工員開具之僱請專人看護之證明文件 <input type="checkbox"/> 看護費用收據正本 <input type="checkbox"/> <u>專職人員看護切結書或家人切結書正本</u> (<input type="checkbox"/> 看護工證照 / <u>結業證書</u> 影本 / 相關 <u>親屬關係</u> 證明文件) <input type="checkbox"/> 本府領據 <input type="checkbox"/> <u>代墊證明單/切結書</u> <input type="checkbox"/> 申請人 <u>或代墊人</u> 郵局存摺或 <u>代墊單位</u> 金融機構存摺影本 (代墊人應檢附身分證影本)		
五、公費安置： <input type="checkbox"/> 是、地點 () <input type="checkbox"/> 否		

貳、全家人口及收入狀況：(請依據國稅局、稅捐稽徵單位提供財稅資料或實際調查資料填寫)

口號	戶長之	姓名		出生			足齡	教育	婚姻	職業 (無(原因) 有(請註明))	健康			收入項目 (每月)						動產 (一年) 現金、存款 本金、有價證 券、股票、投資 之合計	不動產 (全家人口之 土地房屋合 計)			
		身分證字號		年	月	日					正常	疾病	殘障	工作收入		動產 收益	利息 收入	榮民 院外 就養 金	退休 俸			其他 收入 (租賃所 得、營利 所得等)	小計	
		實際	規定																					
1	本人																							
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
小計																								

參、審核：

一、 年 月 日已列冊 第 款低收入戶 (專職看護：2000元/日；家人看護：1000元/日)
 中低收入戶 (專職看護：1000元/日；家人看護：500元/日)

符合補助

補助看護費用標準

×

日數

=

核定補助金額(元)

核定助金額：_____元整

二、 不符合補助標準：

初核 簽章 (公所)	承辦人	課長	鄉(鎮市)長	審核 簽章 (縣府)	承辦人	業務主管	機關首長

