

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"/> 看護切結書正本(<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"/> 代墊證明單/切結書 <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 戶 號	長 之 本人	姓名	出生			足 教 婚 齡 育 姻	職業		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		無 原 因	有 請 註 明	正 常	疾 病	殘 障	工作 收入		動 產 收 益	利 息 收 入	就 養 金 榮 民 院 外	退 休 俸			其 他 收 入 (租 賃 所 得 、 營 利 所 得 等)	小 計
												實 際	規 定								
1																					
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

初 核 發 章 公 所	承 辦 人	課 長	鄉 (鎮市) 長	審 核 發 章 縣 府	承 辦 人	業 務 主 管	機 關 首 長