

苗栗縣低收入戶/中低收入戶傷病醫療費用補助申請表

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、醫療日期： 年 月 日至 年 月 日		
四、檢附證明文件： <input type="checkbox"/> 全戶戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 低收入戶/中低收入戶證明或所得、財產證明 <input type="checkbox"/> 診斷證明書 <input type="checkbox"/> 醫療費用收據正本 <input type="checkbox"/> 本府領據 <input type="checkbox"/> 申請人郵局或銀行存摺影本 (代墊人並應檢附身分證影本)		
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	姓名	出生			足 齡	教 育	婚 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 體	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

二、 年 月 日已列冊中低收入戶

三、

最低生活費(元)	×	全家總人口(人)	×	補助標準(倍)	=	補助標準金額	< = >	家庭總收入(元)
				1.5 倍				

四、 低收入戶符合補助項目全額補助 中低收入戶符合 家庭總收入 補助 70%

自行負擔醫療費用	-	不符合補助金額	=	符合補助金額(元)	×	符合補助金額	×	補助比例	=	核定補助金額

五、不符合補助標準：全家總收入超過最低生活費1.5倍 符合補助項目自付額未達三萬元 符合補助項目自付額未達二萬元
自付項目非補助項目 其他

初核簽章(公)	承辦人	課長	鄉(鎮市)長	審核簽章(縣)	承辦人	業務主管	機關首長

