苗栗縣　　鄉鎮市弱勢兒童及少年醫療補助申請表

壹、申請人資料：:　　申請日期

年　月　日

一、兒童及少年姓名：　　性別：□男 □女　出生：　年　月　日　身分證字號：
二、戶籍地址：苗栗縣　　鄉鎮市　　村里　　鄰　　路街　　巷弄　　號　　樓
三、符合補助對象： □合於社會救助法規定未滿十八歲之低收入戶兒童或少年（附公所證明文件） □　弱勢兒童：□符合領取苗栗縣兒童及少年生活扶助實施計畫資格。（附公所證明文件或兒童及少年生活扶助核定函影本） 或少年　□特殊境遇婦女家庭扶助條例第九條規定未滿六歲之兒童（附領取特殊境遇婦女緊急生活扶助縣府函影本） □兒童或少年保護個案（附社工轉介單） □安置於立案之公私立育幼機構、寄養家庭之兒童或少年。（附委託證明） □符合中低收入戶內行政院衛生署公告之罕見疾病兒童、少年或領有全民健康保險重大傷病卡之兒童、少年。 （附罕見疾病診斷證明或全民健康保險重大傷病卡影本） □其他經社工員評估有補助必要之兒童或少年
四、申請人姓名：　　身分證字號：　　與兒童及少年之關係：□父□母 □其他 戶籍地址：　　電話： 通訊地址：

貳、申請補助項目及檢附證明文件：

一、住院期間之看護費：【每日　　元 X　　日數=　　元 】 檢附：□需專人看護證明 □看護費用收據正本 □診斷證明書 □戶口名簿影本 □其它
二、住院期間之膳食費：**限弱勢兒童或少年申請** 檢附：□診斷證明書　□住院膳食費用正本 □戶口名簿影本　　□其它
三、全民健康保險費規定應自行負擔之住院費用：**限弱勢兒童或少年申請** 【自行負擔費用　　元-不含補助金額　　元=　　元】 檢附：□診斷證明書 □戶口名簿影本 □醫療費用收據　份　□其它
四、其他經本府評估有補助必要之項目。 檢附：□診斷證明書 □戶口名簿影本 □醫療費用收據　份　□其它

參、初審：　　肆、複審：

一.　、符合補助項目： □發展遲緩兒童評估費及療育費 □住院期間之看護費 □住院期間之膳食費 □　全民健康保險費規定應自行負擔之住院費用 □為確認身分所作之親子血緣鑑定費用 □經評估有補助必要之項目 二.　、不符合補助標準: □　不符補助對象 □　不符補助項目 □　資料不全 □其它	一、符合補助項目： □發展遲緩兒童評估費及療育費　　【　　元】 □住院期間之看護費　　【　　元】 □住院期間之膳食費　　【　　元】 □　全民健康保險費規定應自行負擔之住院費用【　　元】 □　為確認身分所作之親子血緣鑑定費用　　【　　元】 □經評估有補助必要之項目　　【　　元】 二、不符合補助標準: □　不符補助對象 □　不符補助項目 □　資料不全 □　其它

鄉鎮市公所核章			苗栗縣政府社會處核章		
承辦人員	業務主管	機關首長	承辦人員	科　長	處　長