

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：本人 係患者之

三、醫療日期： 年 月 日至 年 月 日

四、檢附證明文件：
全戶戶籍謄本 低收入戶/中低收入戶證明或所得、財產證明 診斷證明書 醫療費用收據正本 本府領據 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：是、地點() 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 長 之 號	姓名	出生			足 教 婚 業 無 有 (原 (請 注 明)	職 業 正 常 疾 病 殘 障	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	工作 收入		動 產 收 益	利 息 收 入	就 養 金 外	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

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 中低收入戶符合補助項目 80% 家庭總收入未達 1.5 倍補助 70%

自行負擔醫療費用	-	不符合補助金額	=	符合補助金額(元)	×	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五萬
 自付項目非補助項目 其他

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