

# 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(影本請簽註私章)：		
<input type="checkbox"/> 全戶戶籍資料 <input type="checkbox"/> 低收入戶/中低收入戶證明 <input type="checkbox"/> 診斷證明書正本(註明需請專人照顧) <input type="checkbox"/> 醫師或護理人員、社工員開具之僱請專人照顧看護證明書 <input type="checkbox"/> 看護費用收據正本 <input type="checkbox"/> 專職人員看護切結書 <input type="checkbox"/> 看護工證照/結業證書影本(須加蓋私章) <input type="checkbox"/> 領款收據 <input type="checkbox"/> 代墊證明單 <input type="checkbox"/> 代墊切結書 <input type="checkbox"/> 匯款同意書(申請人或代墊人郵局存摺或代墊單位金融機構存摺影本,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	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)					
								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	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(1500元/日)  
中低收入戶(750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