

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)

口號	戶長之	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	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)	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

