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： ☐ 本人 ☐ 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)：		
☐ 全戶戶籍資料 ☐ 低收入戶 / <u>中低收入戶</u> 證明 ☐ 診斷證明書正本 (註明需請專人照顧) ☐ 醫師或護理人員、社工員開具之僱請專人看護之證明文件 ☐ 看護費用收據正本 ☐ <u>看護切結書正本</u> ☐ 看護工證照 / <u>結業證書</u> 影本 ☐ 本府領據 ☐ <u>代墊證明單</u> ☐ 申請人 <u>或代墊人</u> 郵局存摺或 <u>代墊單位</u> 金融機構存摺影本 (代墊人應檢附身分證影本)		
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 號 之 長	姓名	出生 年 月 日	足 齡	教 育	婚 姻	職業 無 (原因) 有 (請註明)	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)		
							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 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

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