

☐低收入戶及中低收入戶住院看護費用補助

臺中市_____區

☐身心障礙者傷病住院看護費用補助

申請核定表

☐老人傷病住院醫療及看護費用補助

申請日期： 年 月 日

申請人姓名	出生日期	民國 年 月 日 ()歲	電話	☐ 公文送達處所	申請人簽名或蓋章
	國民身分證字號		住址		
代理人姓名	與申請人關係	(非親屬填職稱)	電話	☐ 公文送達處所	代理人簽名或蓋章
	國民身分證字號		住址		
補助類別 (擇一申請)	☐ 未滿65歲低收入戶住院看護費用補助 ☐ 未滿65歲中低收入戶住院看護費用補助(單月看護費超過3萬元或最近3個月累計5萬元以上)。		☐ 身心障礙者傷病住院看護費用補助 ☐ 老人傷病住院看護費用補助 ☐ 老人傷病住院醫療費用補助(最近3個月自行負擔醫療費用累計超過5萬元)。		
	●依臺中市低收入戶、中低收入戶住院看護及低收入戶安置費用補助作業要點辦理。		●依臺中市身心障礙者傷病住院看護費用補助作業要點辦理。		●依臺中市老人傷病住院醫療及看護費用補助作業要點辦理。
應備證明文件	※依實際情形勾選 ☐ 1. 申請核定表。 ☐ 2. 國民身分證正反面影本，身心障礙者應檢附身心障礙證明影本。 ☐ 3. 醫院診斷證明書正本(需註明「住院期間須請專人照顧」及入、出院日期及時間，如有各類病房應註明日期及時間等)。 ☐ 4. 住院看護證明書(由照顧者填寫切結，並由醫院主治醫師、護理人員或社工員蓋職名章證明)。 ☐ 5. 照顧服務員之國民身分證正反面影本及照顧服務員相關資格證明文件影本。 ☐ 6. 照顧者親屬關係之證明影本(身心障礙者住院看護費用補助及老人傷病住院看護費用補助適用)。 ☐ 7. 看護費用收據正本。(需載明照顧日期、時間起迄、收費單價及看護費用總金額)*如申請老人傷病住院醫療應檢附醫療費用收據正本、自費項目使用證明書、其他醫療補助應備文件及老人傷病住院醫療費用補助切結書) ☐ 8. 具領人領據。 ☐ 9. 具領人之郵局或金融機構存摺封面影本。 其他 ☐ 申請人因故無法親自申請，委託第三人辦理者，應檢附代理人國民身分證正反面影本及委託書。 ☐ 申請人因故無法親自具領，應檢附代為具領委託書。 ☐ 申請人死亡者，由法定繼承人具領；法定繼承人有二人以上時，應檢附國民身分證正反面影本及共同委任切結書。				

本人保證本表所載狀況均屬實，如有隱瞞或不實申請，本人願負一切法律責任，並繳回全部補助款，特此具結。申請人或

代理人：

(簽名或蓋章)

公所初審	☐ 不符合補助規定： ☐ 應備文件未備齊： ☐ 已備齊文件完成申請資料初審。			
	請領下列補助			
	項目	☐ 低收入戶住院看護費 ☐ 中低收入戶住院看護費	☐ 身心障礙者傷病住院看護費	老人 ☐ 住院看護費 ☐ 住院醫療費
	總計請領	元	元	元
	(累計已領該項補助金額： 元)			
	承辦人	課長	區長	

社會局審核

1. 前次累計申請 ☐ 看護 ☐ 醫療費用補助金額：_____ 元。

2. 符合補助標準：

☐ 低收入戶/中低收入戶住院看護補助：_____ (每日補助) × _____ (日數) = _____ 元。

☐ 身心障礙者傷病住院看護補助：_____ (每日補助) × _____ (日數) = _____ 元。

☐ 老人住院看護補助：_____ (每日補助) × _____ (日數) = _____ 元。

☐ 老人住院醫療補助：_____ 元。

3. ☐ 本案不符補助(請敘明原因)：

承辦人

單位主管

機關首長

住院看護證明書

113.1修

病患_____先生/女士，於_____醫院住院，看護服務如下：

看 護 時 間 起 迄	班 別	班別單價 (元)	小計 (元)
自 年 月 日 時 分	☐ 全 (24小時) ☐ 日 (12小時) ☐ 夜 (12小時)		
至 年 月 日 時 分			

本人(照顧者)確實於上述時段，提供申請人看護服務，如有不實願負相關法律責任。

照顧者簽名：_____蓋章：_____聯絡電話：_____

自 年 月 日 時 分	☐ 全 (24小時) ☐ 日 (12小時) ☐ 夜 (12小時)		
至 年 月 日 時 分			

本人(照顧者)確實於上述時段，提供申請人看護服務，如有不實願負相關法律責任。

照顧者簽名：_____蓋章：_____聯絡電話：_____

自 年 月 日 時 分	☐ 全 (24小時) ☐ 日 (12小時) ☐ 夜 (12小時)		
至 年 月 日 時 分			

本人(照顧者)確實於上述時段，提供申請人看護服務，如有不實願負相關法律責任。

照顧者簽名：_____蓋章：_____聯絡電話：_____

(上述照顧服務員，非為民法第一千一百十四條規定之親屬，並檢附國民身分證正反面及相關資格證明文件影本)

-----以下請醫院填寫-----

茲證明病患_____先生/女士，確實於住院期間(自 年 月 日
時 分起至 年 月 日 時 分止)，確實由上述表列者照顧。

證 明 人：

(請醫院主治醫師、護理長或社工員以上任一人證明並蓋職名章)

單位電話：

【以上各項資料若有塗改，需於塗改處押章】

中華民國 年 月 日

具領人領據

摘要	_____君之 ☐ (中)低收入戶住院看護補助 ☐ 身心障礙者住院看護補助 ☐ 老人住院看護及醫療補助
金額	新臺幣：_____萬_____仟_____佰_____拾_____元整
上款已照數領訖 此據 臺中市政府社會局 具領人：_____ (簽名或蓋章) 國民身分證字號：_____ 地 址：_____ 電 話：_____ 中 華 民 國：_____ 年 _____ 月 _____ 日	

具領人領據

摘要	_____君之 ☐ (中)低收入戶住院看護補助 ☐ 身心障礙者住院看護補助 ☐ 老人住院看護及醫療補助
金額	新臺幣：_____萬_____仟_____佰_____拾_____元整
上款已照數領訖 此據 臺中市政府社會局 具領人：_____ (簽名或蓋章) 國民身分證字號：_____ 地 址：_____ 電 話：_____ 中 華 民 國：_____ 年 _____ 月 _____ 日	

委託書

本人(申請人)_____因_____事由，無法親自
向臺中市_____區公所申請☐低收入戶及中低收入戶住院看護費用補
助☐身心障礙者住院看護費用補助☐老人傷病住院醫療及住院看護費
用補助，特委託(代理人)_____ (關係：_____)代為辦理申
請補助相關事宜，特立此書為據。

此致

臺中市_____區公所

委託人(病患)：_____ (簽名或蓋章)

國民身分證字號：

地 址：

電 話：

受委託人：_____ (簽章)

國民身分證字號：

地 址：

電 話：

與委託人關係：

中華民國 年 月 日

具領委託書

本人(申請人)_____因_____事由，無法親自向
臺中市政府社會局具領☐低收入戶及中低收入戶住院看護費用補助☐身
心障礙者住院看護費用補助☐老人傷病住院醫療及住院看護費用補助
之補助款，同意委由(代理人)_____ (關係：_____)代為具領，
特立此書為據。

此致

臺中市_____區公所

委託人(病患)：

(簽名或蓋章)

國民身分證字號：

地 址：

電 話：

受委託人：

(簽章)

國民身分證字號：

地 址：

電 話：

與委託人關係：

中華民國 年 月 日

共同委任切結書

113.1修

為辦理_____君（身分證字號：_____）之住院看護費用補助事宜，吾等繼承人共_____人，共同委任_____君（國民身分證字號：_____）代表申領☐低收入戶及中低收入戶住院看護費用補助☐身心障礙者住院看護費用補助☐老人傷病住院醫療及住院看護費用補助之全部款項，並負責分與各繼承人。如因申領住院看護費用補助發生任何法律責任及爭訟，委任人、受任人願負一切責任。

此致

臺中市政府社會局

委任人：_____（簽章） 國民身分證字號：_____

委任人：_____（簽章） 國民身分證字號：_____

委任人：_____（簽章） 國民身分證字號：_____

委任人：_____（簽章） 國民身分證字號：_____

委任人：_____（簽章） 國民身分證字號：_____

委任人：_____（簽章） 國民身分證字號：_____

受任人：_____（簽章） 國民身分證字號：_____

中華民國_____年_____月_____日

代墊切結書

本人(病患)_____於_____年_____月_____日至_____年_____月_____日因傷、病就醫住院，僱請專人看護，需繳付住院看護費計新臺幣_____拾_____萬_____仟_____佰_____拾_____元整，出院時無法繳付由

_____ (單位) _____代為墊付，☐低收入戶及中低收入戶住院看護費用補助☐身心障礙者住院看護費用補助☐老人傷病住院醫療及住院看護費用補助之補助款，請逕予撥付代墊單位之金融帳戶，如因申領該補助發生任何法律責任及爭訟，願負一切責任，恐空口無憑，特立此書為據。

此致

臺中市政府社會局

具結人(病患)：

(簽名或蓋章)

國民身分證字號：

地 址：

電 話：

代墊人(單位名稱)：

(印信)

統一編號：

地 址：

電 話：

聯絡人：

中華民國 年 月 日

看護費用收據

_____醫院_____病房_____床嚴重傷、
病患_____先生女士，聘僱照顧服務員服務工資計新台幣
萬_____仟_____佰_____拾_____元整。
自_____年_____月_____日_____時起至_____年_____月_____日
_____時止，共_____天(_____班)，每班單價_____元。

此 據

具領人：

(簽章)

身分證字號：

地址：

電話：

中華民國_____年_____月_____日

備註：本局對於具領人，視需要送請國稅局辦理所得申報稽核

開立不劃線支票切結書

本人_____（身分證字號：_____）金融帳戶因故列為
警示帳戶（帳戶遭凍結或扣押），為領取_____補
助，請准予將本人之補助款改開立支票並取消劃線，本人瞭解支票
取消劃線可能產生之風險，若因取消劃線而導致糾紛或一切損失，
均由本人負責，與支用機關無涉，倘有隱瞞或申報不實情事，除繳
回全部補助款，並負一切法律責任。恐口說無憑，特此具結。

此致

臺中市_____區公所

陳轉

臺中市政府社會局

具結人：

（簽章）

身分證字號：

住址：

電話：

中華民國 年 月 日