**🞏身心障礙者住院看護費用補助**

**臺中市 區 🞏低收入戶及中低收入戶住院看護費用補助 申請核定表**

**🞏老人傷病住院醫療及住院看護費用補** 申請日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  請  人  姓  名 |  | 出生日期 | 民國 年 月 日( )歲 | | 電話 |  | | 申請  人簽  名或  蓋章 |  |
| 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 |  | | 代理  人簽  名或  蓋章 |  |
|  | 身分證字號 |  | | 住址 |  | |
| 福利身分別(擇一申請) | **□身心障礙者住院看護費用補助** | | | **□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)。 | | | **□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)。 | | |
| * 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要點辦理。 | | | * 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。 | | |
| 應  備  證  明  文  件 | ※共同文件(依實際情形勾選)   * 申請核定表。 * 醫院診斷證明書正本(需註明「住院期間須請專人照顧」及日期、時間、各類病房之日期及時間等)。 * 醫院開立傷病住院看護證明書。 * 專職人員身分證正反面影本、看護人員切結書、相關證照或結業證書影本。 * 看護費用收據正本。 * 具領人收據。 * 具領人之郵局或金融機構存摺封面影本。 * 申請人因故無法親自具領，應另檢附委託書。 * 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，應檢附國民身分證影本及共同委任切結書。 | | | | | | | | |
| ※其他應備文件   * 身心障礙手冊或證明。 * 親屬關係相關證明文件。 | | | ※看護補助其他應備文件   * 領有中低收入老人生活津貼證明。 * 親屬關係相關證明文件。   ※其醫療補助他應備文件   * 醫療費用收據正本 * 非指定自費項目證明書 * 老人傷病住院醫療費用補助切結書 | | | ※其他應備文件   * 本市低收入戶或中低收入戶證明 | | |

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。  □是□否請領下列補助   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 項目 | 身心障礙者住院看護費 | □低收入戶住院看護費  □中低收入戶住院看護費 | 老人□住院看護費  □住院醫療費 | | 總計請領 | 元 | 元 | 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：   □身心障礙者住院看護補助： (每日補助)× (日數)= 元。  □低收入戶/中低收入戶住院看護補助： (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。   1. □本案不符補助。(請敘明原因)： | | | | |
| 承辦人 | | 單位主管 | | 機關首長 |
|  | |  | |  |