

南投縣中低收入傷病醫療、看護費用補助申請查定表

申請日期： 年 月 日

壹 申請人資料：

一、患者姓名：_____ 電話：_____

二、戶籍地址：南投縣 _____ 鄉鎮 _____ 村 _____ 鄰 _____ 路 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號

三、通訊地址： _____ 縣 _____ 鄉鎮 _____ 村 _____ 鄰 _____ 路 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號

四、居住狀況：1. 世居 年 _____ 月 _____ 日由 _____ 縣(市) _____ 鄉(鎮市區)遷入
 2. 住屋： 自有 租賃 借住

五、申請項目：1. 醫療補助 2. 看護補助 3. 醫療及看護補助

六、檢附證明文件：1. 醫療補助： 戶籍謄本 份 診斷證明書 醫療費用收據 份 繳費通知書 份
 2. 看護補助： 戶籍謄本 份 診斷證明書 看護費用收據 份 醫請看護證明 份
 財產、賦稅證明 份

七、申請人姓名：_____ 簽章：與患者關係： 本人 係患者之 _____

八、通訊地址： _____ 縣 _____ 鄉鎮 _____ 村 _____ 鄰 _____ 路 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號

貳、戶內人口及家庭經濟狀況：

口 號	編 號	姓 名	性 別	出 生				健 康				工作 能 力		所 享 註 會 保 險	職 業 及 平 均 每 月 收 入		係 註	每 月 收 入
				年	月	日	足 齡	正 常	疾 病	殘 障	有 無	原 因	職 業		每 月 收 入 (原因)	無		
1	戶 長																	1. 工作收入 元
2																		2. 房(地)租金收入 元
3																		3. 本息收入 元
4																		4. 紅屬津貼 元
5																		5. 榮家補助 元
6																		6. 其 它 元
7																		
8																		總收入 元

參、審核

一、_____年_____月_____日已列冊第_____款低收入戶。

二、 $\boxed{\text{最低生活費(元)}} \times \boxed{\text{全家總人口(人)}} \times \boxed{\text{補助標準(倍)}} = \boxed{\text{補助標準金額}} \quad \boxed{\text{家庭總收入(元)}}$
1.5 1.5 元

三、 符合補助標準： 款低收入戶， 1.5倍以下中低收入戶

$\boxed{\text{自行負擔醫療費用(元)}} - \boxed{\text{不符補助金額}} = \boxed{\text{符合補助金額(元)}} \quad \boxed{\text{符合補助金額(元)}} \times \boxed{\text{補助比例}} = \boxed{\text{核定補助金額}}$

$\boxed{\text{補助看護費用標準}} \times \boxed{\text{日}} \text{數} = \boxed{\text{核定補助金額}}$

不符補助標準： 全家月入超過最低生活費1.5倍
 醫療、看護費不符補助規定

審 核 簽 章			初 核 簽 章		
機首 關長	業主 務管	承 辦 人	機首 關長	業主 務管	承 辦 人

- 附註：1. 申請人資料由申請人自填或受理單位(鄉鎮市公所)承辦人員代填。
 2. 戶內人口及家庭經濟狀況、審核欄第一、二項，由鄉鎮市公所查填，審核單位得依複查事實予以更正。
 3. 初核欄由鄉鎮市公所，審核欄由縣政府辦理。

南投縣中低收入傷病醫療、看護費用補助申請查定表

申請日期： 年 月 日

壹 申請人資料：

一、患者姓名：_____ 電話：_____

二、戶籍地址：南投縣 鄉鎮 村 鄰 路 巷 號
市 里 街 弄 樓

三、通訊地址： 縣 鄉鎮 村 鄰 路 巷 號
市 市區 里 街 弄 樓

四、居住狀況：1. 世居， 年 月 日由 縣(市) 鄉(鎮市區)遷入
2. 住屋： 自有 租賃 借住

五、申請項目：1. 醫療補助 2. 看護補助 3. 醫療及看護補助

六、檢附證明文件：1. 醫療補助： 戶籍謄本 份 診斷證明書 醫療費用收據 份 繳費通知書 份
2. 看護補助： 戶籍謄本 份 診斷證明書 看護費用收據 份 依請看護證明 份
 財產、賦稅證明 份

七、申請人姓名：_____ 簽章，與患者關係： 本人 係患者之 _____

八、通訊地址： 縣 鄉鎮 村 鄰 路 巷 號
市 市區 里 街 弄 樓

貳、戶內人口及家庭經濟狀況：

口 號	編 號	姓 名	性 別	出 生	健 康	工作 能力		所享社 會保險	職業及平均 每月收入		備 註	每 月 收 入
						有	無		職業	每月收入(原因)		
		身 份 證 字 號		年 月 日	足 齡	正 常	疾 病	殘 障	職 業	原 因		
1	戶 長											1. 工作收入 元
2												2. 房(地)租金收入 元
3												3. 本息收入 元
4												4. 社會津貼 元
5												5. 榮家補助 元
6												6. 其 它 元
7												
8												總收入 元

參、審核

一、 年 月 日已列冊第 款低收入戶。

二、 $\boxed{\text{最低生活費(元)}} \times \boxed{\text{全家總人口(人)}} \times \frac{\boxed{\text{補助標準(倍)}}}{1.5} = \frac{\boxed{\text{補助標準金額}}}{1.5 \text{ 元}} \quad \boxed{\text{家庭總收入(元)}}$

三、 符合補助標準： 款低收入戶， 1.5倍以下中低收入戶

$\boxed{\text{自行負擔醫療費用(元)}} - \boxed{\text{不符補助金額}} = \boxed{\text{符合補助金額(元)}} \quad \boxed{\text{符合補助金額(元)}} \times \boxed{\text{補助比例}} = \boxed{\text{核定補助金額}}$

$\boxed{\text{補助看護費用標準}} \times \boxed{\text{日 數}} = \boxed{\text{核定補助金額}}$

不符補助標準： 全家月入超過最低生活費1.5倍
 醫療、看護費不符補助規定

審 核 簽 章			初 核 簽 章		
機首 副長	業主 務管	承 辦 人	機首 副長	業主 務管	承 辦 人

附註：1. 申請人資料由申請人自填或受理單位(鄉鎮市公所)承辦人員代填。
2. 戶內人口及家庭經濟狀況、審核第一、二項，由鄉鎮市公所查填，審核單位得依複查事實予以更正。
3. 初核由鄉鎮市公所，審核由縣政府辦理。