**臺中市 區低收入及中低收入住院看護費用補助申請核定表**

申請日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  請  人  姓  名 |  | 出生日期 | 民國 年 月 日  ( )歲 | 住  址 | 區 路（街） 段  巷 弄 號 樓 | 申  請  人  簽  章 |  |
| 身 分 證  字 號 |  | 電話 |  |
| 代  理  人  姓  名 |  | 與申請人  關 係 | （非親屬填職稱） | 住  址 | 區 路（街） 段  巷 弄 號 樓 | 代  理  人  簽  章 |  |
|  | 身 分 證  字 號 |  | 電話 |  |
| 申請資格 | * 列冊低收入戶之傷、病患。(列冊 款別) * 列冊中低收入戶傷、病患。(單月看護費用累計超過3萬元或最近3個月累計5萬元以上者)  1. ：本要點補助對象為本市未滿65歲者且列冊低收入戶及中低收入戶；滿65歲以上老人，依相關規定申請看護及安置，不適用本要點之補助。如已請領身心障礙者住院看護費用者，給予差額補助或不予補助。 2. ：請依據臺中市低收入戶、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 | □1.申請表。  □2.診斷證明書正本（註明入、出院日期、須請看護員照護字樣）、看護費用收據或發票正本。  □3.列冊低收入戶或中低收入戶證明。  □4.醫院之主治醫師、護理人員或社工員出具僱請看護員照護證明文件(附件一)。  □5.照顧人員身分證正反面影本及照顧服務員結業證書或證照影本、切結書。(附件二)  □6.申請人死亡如有2人以上繼承，由繼承人出具共同委任切結書，由受委任人申請具領。(附件三)  □7.因故無法親自申請，應檢附委託書，代理人以家屬優先代理申請。(附件四)  □8.具領人郵局存摺封面影本。  □9.具領人領據。(附件五) | | | | | | |

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： (簽章)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公  所  初  審 | 1、□已完成申請資料初審及備齊文件。  2、□有/□無請領身心障礙者傷病住院看護費用補助：總計已請領 元。 | | | | | |
| 承辦人 | | | 課長 | | 區長 |
|  | | |  | |  |
| 市 府 審 核 |  | 1. □符合補助標準：□低收入戶 □中低收入戶 2. 前次累計申請看護費用補助金額： 元。   (每日補助看護費用)× (日數)= 元。   1. □本案不符補助規定。 | | | | |
| 承辦人 | 單位主管 | | 機關首長 | |
|  |  | |  | |