

# 臺南市低收入戶傷病住院看護費用補助要點

中華民國100年7月21日府社助字第1000552652A號令發布

- 一、為協助臺南市（以下簡稱本市）低收入戶市民因患傷病住院治療並需專人看護，以獲得妥適照料及減輕其家庭負擔，特訂定本要點。
- 二、補助對象及條件：
  - （一）對象：本市列冊之低收入戶，住院期間需專人看護，但無家屬或家屬不能提供看護者。
  - （二）條件
    - 1、傷病住院醫院，以在全民健康保險特約醫療院所為限。
    - 2、所僱請之看護員，應具有照顧服務員資格，且非為共同生活之家屬或非為互負扶養義務之親屬；在機構收容者，由收容機構看護員或服務人員看護者，不予補助。
    - 3、本補助對象，病況呈長期慢性病且須長期療養者，由醫生判斷並評估繼續住院治療之必要性，無繼續治療之必要者，應即接受輔導轉送老人或身心障礙者之機構安養；拒不接受輔導轉送仍住醫院者，不予補助。
    - 4、因傷、病住院治療期間，經醫療院所醫師、護理人員或社會工作人員證明須僱請專人看護者，但前述住院治療期間不包含入住加護病房或呼吸照護病房期間。
- 三、每人每日最高補助新臺幣一千五百元，未達一千五百元按實補助，年度內最高補助新臺幣十二萬元。
- 四、申請人應於住院日起或出院後三個月內提出申請，逾期不予受理。
- 五、申請補助應向戶籍所在地區公所提出，經其初審後，陳報臺南市政府社會局（以下簡稱本局）核定。
- 六、申請補助應備文件如下：
  - （一）申請表。
  - （二）全戶戶籍謄本一份。
  - （三）全民健康保險特約醫院診斷證明書正本，需載明入、出院時間，如有入住加護病房或呼吸照護病房者，應註明入住加護病房及呼吸照護病房期間。
  - （四）載明看護日期、時間起迄及每日看護費用之收據正本。
  - （五）醫療院所醫師、護理人員或社會工作人員出具須僱請專人看護之證明書。
  - （六）看護員身分證正反面影本及其照顧服務員訓練結業證書影本各一份。但非中華民國國籍之看護員，須附居留證影本及工作證影本。
  - （七）具領人郵局或金融機構存摺封面影本。
  - （八）其他（如委託書、切結書等）。
- 七、本補助以申請人具領補助為原則；申請人因故不能具領，應以委託書委由代理人具領；代理人應以申請人之家屬為優先，無家屬者，得由里幹事、社工人員、醫療院所或本局轉介收容老人及身心障礙者之機構代為申請並具領補助。
- 八、本局轉介收容之老人及身心障礙者，因病需住院治療且請領看護費用者，其住院請假期間之養護費用須按規定扣除。

- 九、申請本補助者，不得重複領取居家照顧服務費、中低收入老人特別照顧津貼等其他補助。重複領取補助者，應繳回重複領取之補助款。
- 十、申請人以虛偽不實之情事或文件申請本補助，停止補助，並追回已領取之補助款。  
前項溢領之補助款，經本局以書面通知限期繳回，逾期不繳回者，依法移送強制執行。
- 十一、本要點所需經費由本局編列預算辦理。

## 臺南市低收入戶傷病住院看護費用補助申請表

申請日

期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

患 基 本 資 料	姓 名									出 生 年 月 日	民國 ( 前 )	年	月	日	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	身 分 證 字 號										電 話	日：_____ 夜：_____				
	戶 籍 地 址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 臺南市														
	通 訊 地 址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地														
	申請人 應具之 身分及 現 況	<input type="checkbox"/> 低收入戶之傷、病患者：_____年_____月_____日起核列_____款低收入戶在案。 <input type="checkbox"/> 公費收容者：地點：_____														

具 領 人 本 資 料 ( 單 位 )	<input type="checkbox"/> 同申請人 (請打勾，以下基本資料可免填)																
	姓 名									與患者 關係	<input type="checkbox"/> 親屬：_____	電 話	日：_____				
	身 分 證 字 號										地 址	縣 ( 市 )	鄉 ( 鎮 市 區 )	里	路 ( 街 )	段	巷

應 備 文 件	1. 全戶戶籍謄本一份。 2. 全民健康保險特約醫院診斷證明書正本，需載明入、出院時間，如有入住加護病房或呼吸照護病房者，應註明入住加護病房及呼吸照護病房期間。 3. 載明看護日期、時間起迄及每日看護費用之收據正本 4. 醫療院所醫師、護理人員或社會工作人員出具須僱請專人看護之證明書。 5. 看護員身分證正反面影本及其照顧服務員訓練結業證書影本各一份。但非中華民國國籍之看護員，須附居留證影本及工作證影本。 6. 具領人郵局或金融機構存摺封面影本。 7. 委託書、切結書等相關文件。															
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

本人 (或具領人) 保證上述所填各項資料及所附文件均為真實，若以詐欺或提供不實資料取得本補助者，無條件立即繳回所領取之補助款項予臺南市政府。

患者簽章：\_\_\_\_\_ 具領人 (單位) 簽章：\_\_\_\_\_

※填表需知：

本補助以申請人具領補助為原則；申請人因故不能具領，應以委託書委由代理人具領；代理人應以申請人之家屬為優先，無家屬者，得由里幹事、社工人員、醫療院所或本局轉介收容老人及身心障礙者之機構代為申請並具領補助。

區 公 所 初 核 結 果	承 辦 人 核 章	課 長 核 章	區 長 核 章
	<input type="checkbox"/> 符合補助，同意補助_____元 (計算方式：_____ ) <input type="checkbox"/> 不符合補助，原因_____		
核章：			
市 政 府	承 辦 人 核 章	科 長 核 章	局 長 核 章



中 華 民 國 年 月 日

## 委 託 書

本人\_\_\_\_\_因行動不便（或其他原因-請敘明），本案申請  
低收入戶住院醫療（或看護）費用同意委由\_\_\_\_\_代為具領。

此致

臺南市政府

委託人：  
身分證字號：  
地址：  
電話：

被委託人：  
身分證字號：  
地址：  
電話：

中 華 民 國 年 月 日

授 權 書

低收入戶及生活扶助

本人因無法親自辦理

低收入戶傷病住院看護費用補助

申請

醫療補助

民眾急難救助

手續，特委託

先生

持相關文件代為辦理，請惠予

女士

受理。

此致

區公所

委託人：

簽章

身分證統一編號：

戶籍地址：

通訊地址：

電話：

受委託人：

簽章

身分證統一編號：

戶籍地址：

通訊地址：

電話：

中華民國

年

月

日

共同委任及切結書



承人。

- 二、低收入戶住院醫療（或看護）費用，領取本補助款申請人死亡時，其未領之金額，得由其法定繼承人於申請人死亡起6個月內檢附該申請人除戶戶籍謄本、繼承人戶籍謄本，辦理請領；繼承人有2人以上時，另檢附共同委任及切結書，由其中1人請領。
- 三、共同委任及切結書之記載如有虛偽不實，填寫人將觸犯刑法210條之偽造文書罪，並依法應負損害賠償責任。

## 臺南市低收入戶住院看護費收據

茲領到病患\_\_\_\_\_君（身分證字號：\_\_\_\_\_）住院期間

看護費共計新台幣\_\_\_\_\_拾\_\_\_\_\_萬\_\_\_\_\_仟\_\_\_\_\_佰\_\_\_\_\_拾\_\_\_\_\_元整，無誤。



看 護 起 迄 日 期	單價金額 (元)			日數(或班 時 數 )	金、小 額 計 ( 元 )
	12小時	24小時	其他		
自 年 月 日上(下)午 時起 至 年 月 日上(下)午 時止					
自 年 月 日上(下)午 時起 至 年 月 日上(下)午 時止					

※看護方式 (請打勾) :  一對一       \_\_\_\_\_ 對一

看護者姓名： \_\_\_\_\_ (簽章)

身分證字號： 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (附身分證及證照影本)

戶籍地址： \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 區 \_\_\_\_\_ 里 \_\_\_\_\_ 鄰 \_\_\_\_\_ 路 \_\_\_\_\_ 街 \_\_\_\_\_ 巷 \_\_\_\_\_ 弄 \_\_\_\_\_ 號

\_\_\_\_\_ 樓之 \_\_\_\_\_

聯絡電話： (      )

中 華 民 國                      年                      月                      日

看護人身分證影本浮貼處
看護人證照影本浮貼處 (請先黏貼此處)

## 委 託 書

本人 \_\_\_\_\_ 因患 \_\_\_\_\_ (病名) 至 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (醫院) 就診，因無力負擔醫療 (或看護) 費用，本

案申請低收入戶醫療 (或看護) 費用同意委由該院代為具領。

此致

臺南市政府

委託人：

身分證字號：

地址：

電話：

被委託人：

身分證字號：

地址：

電話：

中 華 民 國                      年                      月                      日