

# 臺南市醫療補助申請表 (一)

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：____	手機：____		
	戶籍地	<input type="checkbox"/> ○○○-○○○台南市 區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓										
資 料	通訊處	<input type="checkbox"/> 同戶籍地 <input type="checkbox"/> 區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓										
	申請人應具之分身	<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"/> 患嚴重傷、病，所需醫療費用非其本人或扶養義務人所能負擔者。(即家庭總收入平均未達當年度每人每月最低生活費一點五倍及家庭財產未達低收入戶財產限制之一點五倍，且最近三個月醫療費用累計達新臺幣五萬元以上者)										
具基 領人 (單 資 位) 料	<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：____ <input type="checkbox"/> 其他：____	電話	日：____ 手機：____	
身分證字號							地址	縣(市) 鄉(鎮市區) 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓				
應備 文 件	1. 全戶戶籍謄本影本一份 2. 低收入戶證明書；非低收入戶請檢附全戶賦稅資料並填申請表(二) 3. 全民健康保險特約醫院或診所之自付費用收據正本 4. 醫療診斷證明書正本(應載明入、出院日期) 5. 具領人之存摺封面影本 6. 委託書、授權書、就醫資料委託書、非指定病房證明書、非指定證明書、共同委任及切結書等證明文件											
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： 1. 本補助由申請人具領補助；如申請人因故無法親自具領，應以委託書委由代理人具領；代理具領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之老人及身心障礙福利機構代為申請並具領補助。 2. 掛號費、證明書費、個人衛生費、膳食費、義肢、義眼、義齒、配鏡、鑲牙、整容、整形、病人運輸、指定醫師特別護士、指定藥品材料費、疾病預防與非因疾病而施行預防之手術、節育結紮、住院期間之看護費、指定病房費及其他與醫療無直接相關之項目，不予補助。												
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：____											
承辦人核章				科長核章				局長核章				

<b>市政府 核定結果</b>	<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：			

## 臺南市醫療補助申請表 (二)

### 一、全家人口及收入狀況：

稱謂	姓名 身分證字號	性別	出生			足齡	職業	收入項目(全年)(元)						
			年	月	日			工作收入		利息收入	動產與不動產收益	其他收入	小計	
								實際收入	規定收入					
申請人														

(人口欄位不足時，請在此浮貼)

以上所載全家人口及狀況均屬實，倘有隱瞞或不實，本人願負偽造文書及冒領公款等法律責任。

簽章：\_\_\_\_\_

### 二、審核結果：請依國稅局、稅捐稽徵單位提供財稅資料或實際調查資料填寫

審核項目	區公所審核結果	審核項目	區公所審核結果
1. 有工作能力人數		4. 平均每人每月收入	
2. 全家人口數		5. 動產	
3. 全家每月總收入		6. 不動產 土地__筆及房屋__棟 依公告現值合計	

區公所調查及 審核結果	<input type="checkbox"/> 1.符合家庭總收入平均未達當年度每人每月最低生活費標準 1.5倍者、動產及不動產平均未達低收入戶財產限制之1.5 倍（即全家總收入<當年度最低生活費×全家人口數×1.5） <input type="checkbox"/> 2.不符合 <input type="checkbox"/> 家庭總收入平均已達當年度每人每月最低生活費標準1.5 倍以上者。 <input type="checkbox"/> 動產平均超過低收入戶財產限制之1.5倍以上者。 <input type="checkbox"/> 不動產平均超過低收入戶財產限制之1.5倍以上者。 調查人員核章： 承辦人核章：
----------------	--

### 非指定病房證明書

茲證明患者\_\_\_\_\_君（身分證字號：\_\_\_\_\_），經診斷為\_\_\_\_  
 科（診斷科別）\_\_\_\_\_（病名），於\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日住院，  
 至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日出院，因\_\_\_\_年\_\_\_\_月  
 \_\_\_\_日起至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日，共\_\_\_\_天，因本院健保病房滿床（非復健病房），  
 患者需自行負擔病房差額費用每天\_\_\_\_\_元整，確非其指定病房。

此證

開立單位：\_\_\_\_\_（加蓋單位章）  
 開立證明人姓名與職稱：\_\_\_\_\_

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

# 授 權 書

本人因無法親自辦理

低收入戶及生活扶助

低收入戶嚴重傷病患者  
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  
受理。

先生 持相關文件代為辦理，請惠予  
女士

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

## 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



## 共同委任及切結書填寫應行注意事項

- 一、依民法第 1144 條規定，配偶有相互繼承遺產之權。又據民法第 1138 條規定，遺產繼承人，除配偶外，依下列順序定之：（一）直系血親卑親屬（以親等近者為先）（二）父母（三）兄弟姐妹（四）祖父母，無前一順序者，次順序之人始得為繼承人。
- 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。