

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	☐ 男 ☐ 女	
	身分證 字 號										電 話	日：____夜：____ — 手機：____ —				
	戶籍地	☐ ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐ 臺南市 區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓														
	通訊處	☐ 同戶籍地 ☐ 區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓														
	申請人 應具之 身分及 現 況	☐ 低收入戶之傷、病患者：____年____月____日起核列____款低收入戶在案。 ☐ 公費收容，地點：_____														
具 基 領 人 本 (單 資 位) 料	☐ 同申請人（請打勾，以下基本資料可免填）															
	姓 名									與患者 關係	☐ 親屬：____ ☐ 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. 申請表 2. 全戶戶籍謄本影本一份 3. 低收入戶證明書正本一份 4. 看護費用收據正本一份 5. 全民健康保險特約醫院之醫療診斷證明書正本一份 6. 看護人身分證、相關證照或受訓證書影本各一份 7. 醫療院所醫師、護理人員或社人員出具須僱請專人看護之證明 8. 委託書、家屬無法提供照護之說明書、共同委任及切結書等相關文件															
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： 本看護補助以患者本人申請並具領補助為原則；如患者本人因故無法申請時，得由其配偶、監護人或具有行為能力之親屬代為申請並具領補助；惟無親屬照顧者，得由里幹事、社工人員、醫療院所或安、養護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			
	☐ 符合補助，同意補助_____元 （計算方式：_____） ☐ 不符合補助，原因_____ 核章：_____															
	承 辦 人 核 章								科 長 核 章				局 長 核 章			

市 政 府
核 定 結 果

☐符合補助，同意補助_____元
(計算方式：_____)

☐不符合補助，原因_____
核章：