

# 臺南市中低收入老人重病住院看護費用補助申請表

申請日期：      年      月      日

申請人資料	姓名	身分證字號	出生日期	聯絡電話	
	戶籍地址	□□□□□			
	通訊地址	□□□□□			
代理人資料	姓 名	身 分 證 字 號	與申請人關係		
	聯絡電話	地 址			
應 備 文 件	<input type="checkbox"/> 1. 申請表。 <input type="checkbox"/> 2. 中低收入老人證明書。 <input type="checkbox"/> 3. 診斷證明書正本【應註明入出院日期、如有入住隔離或加護病房者請加註起迄日期】。 <input type="checkbox"/> 4. 看護費用收據正本【須載明看護起迄日期及時間、班別單價、日數(或班、時數)、總金額】(附件1)。 <input type="checkbox"/> 5. 看護員身分證影本及照顧服務員訓練結業證書影本各一份。 <input type="checkbox"/> 6. 領款人之郵局或金融機構存摺封面影本。 <input type="checkbox"/> 7. 領款收據(附件3) <input type="checkbox"/> 8. 申請人因故無法申請時，得委託他人，應填具授權書(附件2)。 <input type="checkbox"/> 9. 申請人死亡時，法定繼承人有二人以上時，得檢附共同委任及切結書(附件4)。				
<p>本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。</p> <p style="text-align: right;">申請人或代理人簽章：_____</p>					
區公所初核	初審意見	<input type="checkbox"/> 不符合補助規定： <input type="checkbox"/> 1. 應備文件未備齊。 <input type="checkbox"/> 2. 目前已領取中低收入特別照顧津貼。 <input type="checkbox"/> 已備齊文件完成申請資料初審 <input type="checkbox"/> 符合補助：補助金額：                      元 (      年      月      日      時至      年      月      日      時， 共      日                      ，每日                      元)			

		本年度累計(含本次): 元			
	承辦人		課長		區長
市政府 審核	審核意見	<input type="checkbox"/> 符合補助：補助金額： 元 ( 年 月 日 時至 年 月 日 時， 共 日 ，每日 元) 本年度累計(含本次): 元 <input type="checkbox"/> 不符合補助：原因：			
	承辦人		科長		