

臺南市政府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	王大明							出生年月日	民國(前)70年7月15日			性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	身分證字號	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	電話	日：_____夜：_____	手機：0910123123	
	戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 臺南市 新市區新和里鄰忠孝路(街)段0巷弄0號1樓													
	通訊地址	<input checked="" type="checkbox"/> 同戶籍地 <input type="checkbox"/> _____區_____里鄰_____路(街)段_____巷弄_____號樓													
者 料	申請人應具之身分及現況	<input checked="" type="checkbox"/> 110年1月1日起核列3款低收入戶在案。 <input type="checkbox"/> 公費收容地點：_____ <input type="checkbox"/> _____年_____月_____日起領有居家照顧服務費或領有中低老人特別照顧津貼。													
	具領人(單位)資料	<input checked="" type="checkbox"/> 同申請人(請打勾，以下基本資料可免填)													
應 備 文 件	姓名								與患者關係	<input type="checkbox"/> 親屬：_____ 電話：_____ 日：_____ 手機：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____					
	身分證字號								地址	_____縣(市) _____鄉(鎮市區) _____里鄰 _____路(街) _____段 _____巷 _____弄 _____號樓					
1. 全民健康保險特約醫院診斷證明書正本：應載明入、出院時間，如有入住加護病房、隔離病房或呼吸照護病房者，應註明入住期間。 2. 看護費收據正本：應載明看護日期、期間、每日金額、日數、時數及總金額。 3. 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。 4. 看護員身分證正反面影本及其照顧服務員訓練結業證書或技術士證照影本；非中華民國國籍之看護員，須附居留證影本及工作證影本，但外籍或大陸籍配偶，免附工作證影本。 5. 具領人郵局或金融機構存摺封面影本。 6. 其他：如委託書、切結書等。															
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社會局。 患者簽章：王大明 具領人(單位)簽章：王大明															
※填表需知： 1. 患者因故不能自行申請或具領補助者，應檢具委託書委由代理人申請或具領補助；代理人以患者之家屬為優先，無家屬者，得由里幹事、社工人員、醫療院所或主管機關轉介收容老人及身心障礙者之機構代為申請並具領補助。但情形特殊，由主管機關以專案方式辦理者，不在此限。 2. 患者死亡，其繼承人有二人以上者，應由全體繼承人出具共同委託及切結書，委由繼承人其中一人或他人代為申請或具領															
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：														
社 會 局 核 定 結 果	承辦人核章				科長核章				局長核章						
	<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：														