基隆市中低收入戶醫療、看護補助申請查定表

壹、基本資料： 申請日期：　年　月　日

一、患者姓名：_____　聯絡電話：_____

二、戶籍地址：_____區_____里_____鄰_____路(街)_____巷____弄_____號____樓

三、通訊地址：_____區_____里_____鄰_____路(街)_____巷____弄_____號____樓

四、居住狀況：1.□世居　□非世居_____年_____月_____日由_____縣(市)_____鄉（鎮市區）遷入

2.房屋：□自有　□配住　□借住　□租屋

五、申請項目：**□1.醫療補助　□2.看護補助**

六、檢附文件：

1.醫療補助：

□最近三個月內全戶戶籍謄本____份　□全民健康保險特約醫院或診所之醫師診斷證明書____份

□醫療自付費用收據正本____份　□郵局存摺封面影本。

□低收入戶、中低收入戶證明書。　□全戶各類所得及財產資料____份　□其他：

2.看護補助：

□全民健康保險特約醫院之醫師診斷證明書（註明需專人照顧等）___份

□醫院主治醫師、護理人員或社工員出具之僱請專人看護證明文件、或政府立案照顧服務業者（或團體）之看護派工證明。

□看護人員身分證正反面影印本、專業證照正反面影印本_____份。

□看護費用收據正本____份　□郵局存摺封面影本　□低收入戶、中低收入戶證明書　□其他：

七、申請人姓名：_____，與患者關係：□本人　□係患者之_____

八、通訊地址：_____區_____里_____鄰_____路(街)_____巷____弄_____號____樓

本人(或申請人)上述所填各項資料及所附文件均為屬實，如有虛偽不實或重複申請取得本補助者，無條件立即繳回所領取之補助款項。

患者本人簽章：_____　申請人(單位)簽章：_____

貳、戶內人口及家庭經濟狀況：

序號	稱謂	姓名 身分證字號	性別	出生日期 年	月	日	足齡	健康 正常	疾病	身心障礙	工作能力 有 職業	無 原因	社會保險類別	職業及平均每月收入 職業	每月收入	無（原因）	備註	每月收入
1	戶長																	1.工作收入　元
																		2.房(地)租收入　元
																		3.本息收入　元
																		4.其他　元
																		總收入　元

參、審　核：

一、於　年　月　日□列冊低收入戶_____款(□中低收入戶)。

二、

最低生活費(元)		全家總人口(人)		補助標準(倍)		補助標準金額(元)			家庭總收入(元)
	x		x	1.5	=	1.5倍	元		

三、□不符補助標準：□全家月收入超過最低生活費1.5倍

□醫療、看護費不符補助規定

四、□符合補助標準：□低收入戶____款；□**中低收入戶**；□家庭總收入平均分配每人每月低於最低生活費標準1.5倍以下者。

自行負擔醫療費用(元)		不合補助金額(元)		符合補助金額(元)		符合補助金額(元)		補助比例		核定補助金額
	-		=				x		=	

補助看護費用標準(元)		日數		核定補助金額(元)
	x		=	

調查員	承辦人	社政課長	秘書	區長	備註（市府抽查審核意見欄）

112.5.12 修