

臺中市 \_\_\_\_\_ 區

- 身心障礙者住院看護費用補助  
低收入戶及中低收入戶住院看護費用補助  
老人傷病住院醫療及住院看護費用補助

申請核定表

申請日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

申請人姓名	出生日期	民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ )歲	電話		申請人簽名或蓋章
	身分證字號		住址		
代理人姓名	與申請人關係	(非親屬填職稱)	電話		代理人簽名或蓋章
	身分證字號		住址		
福利身分別 (擇一申請)	<input type="checkbox"/> 身心障礙者住院看護費用補助 ● 依臺中市身心障礙者傷病住院看護費用補助作業要點辦理。		<input type="checkbox"/> 老人傷病住院看護費用補助 <input type="checkbox"/> 老人傷病住院醫療費用補助(最近3個月自行負擔醫療費用累計超過5萬元)。 ● 依臺中市老人傷病住院醫療及看護費用補助要點辦理。		<input type="checkbox"/> 未滿65歲低收入戶住院看護費用補助 <input type="checkbox"/> 未滿65歲中低收入戶住院看護費用補助(單月看護費超過3萬元或最近3個月累計5萬元以上)。 ● 依臺中市低收入戶、中低收入戶住院看護及低收入戶安置費用補助作業要點辦理。

應備證明文件	※共同文件(依實際情形勾選) <input type="checkbox"/> 申請核定表。 <input type="checkbox"/> 醫院診斷證明書正本(需註明「住院期間須請專人照顧」及日期、時間、各類病房之日期及時間等)。 <input type="checkbox"/> 醫院開立傷病住院看護證明書。 <input type="checkbox"/> 專職人員身分證正反面影本、看護人員切結書、相關證照或結業證書影本。 <input type="checkbox"/> 看護費用收據正本。 <input type="checkbox"/> 具領人收據。 <input type="checkbox"/> 具領人之郵局或金融機構存摺封面影本。 <input type="checkbox"/> 申請人因故無法親自具領，應另檢附委託書。 <input type="checkbox"/> 申請人死亡者，由法定繼承人具領；法定繼承人有二人以上時，應檢附國民身分證影本及共同委任切結書。		
	※其他應備文件 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊或證明。 <input type="checkbox"/> 親屬關係相關證明文件。	※看護補助其他應備文件 <input type="checkbox"/> 領有中低收入老人生活津貼證明。 <input type="checkbox"/> 親屬關係相關證明文件。 ※其醫療補助他應備文件 <input type="checkbox"/> 醫療費用收據正本 <input type="checkbox"/> 非指定自費項目證明書 <input type="checkbox"/> 老人傷病住院醫療費用補助切結書	※其他應備文件 <input type="checkbox"/> 本市低收入戶或中低收入戶證明

本人保證本表所載狀況均屬實，如有隱瞞或不實申請，本人願負一切法律責任，並繳回全部補助款，特此具結。

申請人或代理人： \_\_\_\_\_ (簽名或蓋章)

公所初審	<input type="checkbox"/> 不符合補助規定： <input type="checkbox"/> 應備文件未備齊： <input type="checkbox"/> 已備齊文件完成申請資料初審。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否請領下列補助			
	項目	身心障礙者住院看護費	<input type="checkbox"/> 低收入戶住院看護費 <input type="checkbox"/> 中低收入戶住院看護費	老人 <input type="checkbox"/> 住院看護費 <input type="checkbox"/> 住院醫療費
	總計請領	元	元	元
	承辦人	課長	區長	

社會局  
審核

1、前次累計申請  看護 /  醫療費用補助金額：\_\_\_\_\_ 元。

2、符合補助標準：

身心障礙者住院看護補助：\_\_\_\_\_ (每日補助) × \_\_\_\_\_ (日數) = \_\_\_\_\_ 元。

低收入戶 / 中低收入戶住院看護補助：\_\_\_\_\_ (每日補助) × \_\_\_\_\_ (日數) = \_\_\_\_\_ 元。

老人住院看護補助：\_\_\_\_\_ (每日補助) × \_\_\_\_\_ (日數) = \_\_\_\_\_ 元。

老人住院醫療補助：\_\_\_\_\_ 元。

3、 本案不符補助。(請敘明原因)：\_\_\_\_\_

承辦人	單位主管	機關首長

附件二

107.02.09起修正適用

## 臺中市身心障礙者傷病住院看護費用補助

### 看護證明

茲證明人\_\_\_\_\_ (病患)，自 年 月 日起至  
年 月 日止共\_\_\_\_日，確實由專職人員\_\_\_\_\_照顧看護。

(須附醫院診斷證明書並載明「須請看護員照顧」)

此證

證明人/單位：\_\_\_\_\_

主治醫師：\_\_\_\_\_ (簽章)

護理長：\_\_\_\_\_ (簽章) (\_\_\_\_\_病房)

社會工作人員：\_\_\_\_\_ (簽章)

(以上三者任一人證明簽章即可)

中 華 民 國                      年                      月                      日



## 臺中市身心障礙者傷病住院看護費用補助

### 看護員切結書

立切結書人(專職照顧員)\_\_\_\_\_先生/女士，茲切結  
(病患)\_\_\_\_\_先生/女士，因(病名)\_\_\_\_\_住院，  
自\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日止，共\_\_\_\_\_日，確實由本人照  
顧看護，若有虛偽不實或重複申請同性質補助者，本人願負法律責任  
並繳回全部補助款，特此具結。

此 致

臺中市政府社會局

立切結書人(專職照顧員)：\_\_\_\_\_ (簽章)

身分證字號：\_\_\_\_\_

戶籍地址：\_\_\_\_\_

電 話：\_\_\_\_\_

中 華 民 國                      年                      月                      日



附件四

## 臺中市身心障礙者傷病住院看護費用補助 共同委任及切結書

為辦理\_\_\_\_\_君（國民身分證字號：\_\_\_\_\_）之身心障礙者傷病住院看護費用補助事宜，吾等繼承人共\_\_\_\_\_人，共同委任\_\_\_\_\_君（國民身分證字號：\_\_\_\_\_）代表申領該補助之全部款項並負責分與各繼承人。如因申領身心障礙者傷病住院看護費用補助發生任何法律責任及爭訟，委任人暨受任人願負一切責任。

此致

臺中市\_\_\_\_\_區公所

轉 陳

臺中市政府社會局

委任人：           （簽章）           身分證字號：

委任人：           （簽章）           身分證字號：

委任人：           （簽章）           身分證字號：

委任人：           （簽章）           身分證字號：

委任人：           （簽章）           身分證字號：

委任人：           （簽章）           身分證字號：

中 華 民 國

年

月

日



附件五

107.01.09起修正適用

臺中市身心障礙者傷病住院看護費用補助  
委 託 書

本人(申請人)\_\_\_\_\_，因\_\_\_\_\_ (敘明原因)  
無法親自向臺中市\_\_\_\_\_區公所申辦臺中市身心障礙者傷病住院看護  
費用補助，同意委由(代理人)\_\_\_\_\_ (關係：\_\_\_\_\_ ) 代辦  
相關申請事宜，屬實無訛，特立此據。

此致

臺中市\_\_\_\_\_區公所

委託人(申請人)： (簽章)

身分證字號：

地址：

受委託人(代理人)： (簽章)

身分證字號：

與委託人關係：

電話：

地址：

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



臺中市身心障礙者傷病住院看護費用補助

收 據

摘要	_____君 身心障礙傷病住院看護補助	備考	
金額	新臺幣	元整	
<p>上款已照數領訖</p> <p>此據</p> <p>臺中市政府社會局</p> <p>具領人： _____ (簽章)</p> <p>身分證字號： _____</p> <p>中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>			

✕

臺中市身心障礙者傷病住院看護費用補助

收 據

摘要	_____君 身心障礙傷病住院看護補助	備考	
金額	新臺幣	元整	
<p>上款已照數領訖</p> <p>此據</p> <p>臺中市政府社會局</p> <p>具領人： _____ (簽章)</p> <p>身分證字號： _____</p> <p>中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>			

