

苗栗縣低收入戶看護費用補助申請表

申請日期： 年 月 日

壹、申請人資料：

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |       |                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|-----------------------------------------------------------------------|
| 一、患者姓名：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | (簽章) | 聯絡電話： | 戶籍地址：                                                                 |
| 二、申請人姓名：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | (簽章) | 聯絡電話： | 與患者關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 係患者之_____ |
| 三、看護日期： 年 月 日至 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |       |                                                                       |
| 四、檢附證明文件：<br><input type="checkbox"/> 全戶戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 低收入戶證明 <input type="checkbox"/> 診斷證明書正本（註明需請專人照顧） <input type="checkbox"/> 看護費用收據正本 <input type="checkbox"/> 醫師或護理人員、社工員開具之僱請專人看護之證明文件 <input type="checkbox"/> 看護工證照影本 <input type="checkbox"/> 本府領據 <input type="checkbox"/> 申請人郵局或銀行存摺影本（代墊人並應檢附身分證影本） |      |       |                                                                       |
| 五、公費安置： <input type="checkbox"/> 是、地點（ ） <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                             |      |       |                                                                       |

貳、全家人口及收入狀況：（請依據國稅局、稅捐稽徵單位提供財稅資料或實際調查資料填寫）

| 口<br>戶<br>號 | 戶<br>長<br>之<br>本<br>人 | 姓名                    | 出生 |   |   | 足<br>齡 | 教<br>育 | 婚<br>姻 | 職<br>業                |                            | 健<br>康 |        |        | 收<br>入<br>項<br>目<br>（<br>每<br>月<br>） |        |                  |                  |             |                  |             | 動<br>產<br>（<br>一<br>年<br>）<br>現金、存款<br>本金、有價證<br>券、股票、投資<br>之合計 | 不<br>動<br>產<br>（<br>全<br>家<br>人<br>口<br>之<br>土<br>地<br>房<br>屋<br>合<br>計<br>） |                                                                              |        |
|-------------|-----------------------|-----------------------|----|---|---|--------|--------|--------|-----------------------|----------------------------|--------|--------|--------|--------------------------------------|--------|------------------|------------------|-------------|------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------|
|             |                       | 身<br>分<br>證<br>字<br>號 | 年  | 月 | 日 |        |        |        | 無<br>（<br>原<br>因<br>） | 有<br>（<br>請<br>註<br>明<br>） | 正<br>常 | 疾<br>病 | 殘<br>障 | 工<br>作<br>收<br>入                     |        | 動<br>產<br>收<br>益 | 利<br>息<br>收<br>入 | 就<br>養<br>金 | 榮<br>民<br>院<br>外 | 退<br>休<br>俸 |                                                                 |                                                                              | 其<br>他<br>收<br>入<br>（<br>租<br>賃<br>所<br>得<br>、<br>營<br>利<br>所<br>得<br>等<br>） | 小<br>計 |
|             |                       |                       |    |   |   |        |        |        |                       |                            |        |        |        | 實<br>際                               | 規<br>定 |                  |                  |             |                  |             |                                                                 |                                                                              |                                                                              |        |
| 1           |                       |                       |    |   |   |        |        |        |                       |                            |        |        |        |                                      |        |                  |                  |             |                  |             |                                                                 |                                                                              |                                                                              |        |
|             |                       |                       |    |   |   |        |        |        |                       |                            |        |        |        |                                      |        |                  |                  |             |                  |             |                                                                 |                                                                              |                                                                              |        |
| 2           |                       |                       |    |   |   |        |        |        |                       |                            |        |        |        |                                      |        |                  |                  |             |                  |             |                                                                 |                                                                              |                                                                              |        |
|             |                       |                       |    |   |   |        |        |        |                       |                            |        |        |        |                                      |        |                  |                  |             |                  |             |                                                                 |                                                                              |                                                                              |        |
| 3           |                       |                       |    |   |   |        |        |        |                       |                            |        |        |        |                                      |        |                  |                  |             |                  |             |                                                                 |                                                                              |                                                                              |        |
|             |                       |                       |    |   |   |        |        |        |                       |                            |        |        |        |                                      |        |                  |                  |             |                  |             |                                                                 |                                                                              |                                                                              |        |
| 4           |                       |                       |    |   |   |        |        |        |                       |                            |        |        |        |                                      |        |                  |                  |             |                  |             |                                                                 |                                                                              |                                                                              |        |
|             |                       |                       |    |   |   |        |        |        |                       |                            |        |        |        |                                      |        |                  |                  |             |                  |             |                                                                 |                                                                              |                                                                              |        |
| 5           |                       |                       |    |   |   |        |        |        |                       |                            |        |        |        |                                      |        |                  |                  |             |                  |             |                                                                 |                                                                              |                                                                              |        |
|             |                       |                       |    |   |   |        |        |        |                       |                            |        |        |        |                                      |        |                  |                  |             |                  |             |                                                                 |                                                                              |                                                                              |        |
| 6           |                       |                       |    |   |   |        |        |        |                       |                            |        |        |        |                                      |        |                  |                  |             |                  |             |                                                                 |                                                                              |                                                                              |        |
|             |                       |                       |    |   |   |        |        |        |                       |                            |        |        |        |                                      |        |                  |                  |             |                  |             |                                                                 |                                                                              |                                                                              |        |
| 7           |                       |                       |    |   |   |        |        |        |                       |                            |        |        |        |                                      |        |                  |                  |             |                  |             |                                                                 |                                                                              |                                                                              |        |
|             |                       |                       |    |   |   |        |        |        |                       |                            |        |        |        |                                      |        |                  |                  |             |                  |             |                                                                 |                                                                              |                                                                              |        |
|             |                       |                       |    |   |   |        |        |        |                       |                            |        |        |        |                                      |        |                  |                  |             |                  |             |                                                                 |                                                                              |                                                                              |        |
| 小計          |                       |                       |    |   |   |        |        |        |                       |                            |        |        |        |                                      |        |                  |                  |             |                  |             |                                                                 |                                                                              |                                                                              |        |

參、審核：

|                                      |     |    |        |                |     |                      |      |
|--------------------------------------|-----|----|--------|----------------|-----|----------------------|------|
| 一、 年 月 日已列冊第 款低收入戶                   |     |    |        |                |     |                      |      |
| <input type="checkbox"/> 符合補助        |     |    |        |                |     |                      |      |
| <div>補助看護費用標準</div>                  |     | ×  |        | <div>日 數</div> |     | =                    |      |
| <div></div>                          |     |    |        | <div></div>    |     | <div>核定補助金額(元)</div> |      |
|                                      |     |    |        |                |     | 核定助金額：_____元整        |      |
| 二、 <input type="checkbox"/> 不符合補助標準： |     |    |        |                |     |                      |      |
| 初核簽章（公所）                             | 承辦人 | 課長 | 鄉（鎮市）長 | 審核簽章（縣府）       | 承辦人 | 業務主管                 | 機關首長 |
|                                      |     |    |        |                |     |                      |      |