

彰化縣

鄉鎮市中低收入老人傷病醫療暨看護費補助申請調查表

壹、申請人資料 (由申請人自填或鄉鎮市公所調查員 (村里幹事) 代填)

申請日期 年 月 日

一、患者姓名：		電話：					
二、戶籍地址：	縣 市	鄉鎮 市	村 里	鄰	路 街	巷 弄	號 樓
三、通訊地址：	縣 市	鄉鎮 市	村 里	鄰	路 街	巷 弄	號 樓
四、居住狀況：1. <input type="checkbox"/> 世居 <input type="checkbox"/> 否 年 月 日由 縣(市) 鄉(鎮市)遷入 2. 住屋： <input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 租賃 <input type="checkbox"/> 借住							
五、申請項目：1. <input type="checkbox"/> 醫療補助 2. <input type="checkbox"/> 看護補助 3. <input type="checkbox"/> 醫療及看護補助							
六、檢附證明文件：1. 醫療補助： <input type="checkbox"/> 戶籍謄本 份 <input type="checkbox"/> 診斷證明書 <input type="checkbox"/> 醫療費用收據 份 <input type="checkbox"/> 繳費通知單 份 <input type="checkbox"/> 中低收入老人生活津貼證明 份 2. 看護補助： <input type="checkbox"/> 戶籍謄本 份 <input type="checkbox"/> 診斷證明書 <input type="checkbox"/> 看護費用收據 份 <input type="checkbox"/> 僱請看護證明 份 <input type="checkbox"/> 中低收入老人生活津貼證明 份							
七、申請人姓名：		(蓋章)		簽章，與患者關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 係患者之			
八、申請人通訊地址：	縣 市	鄉鎮 市	村 里	鄰	路 街	巷 弄	號 樓

貳、戶內人口及家庭經濟狀況：(由鄉鎮市公所查填，審核單位得依複查事實予以更正。如已列冊本縣中低收入老人生活津貼領取人本欄免填)

口號	稱謂	姓名	性別	出生			健康			工作能力		所享社會保險	職業及平均每月收入			備註	每月收入	
				年	月	日	足齡	正常	疾病	殘障	有		無	職業	每月收入			無(原因)
											職		業					
1	戶長															1. 工作收入 元		
2																2. 房(地)租收入 元		
3																3. 本息收入 元		
4																4. 征屬津貼 榮家補助 元		
5																5. 其他 元		
6																總收入 元		

參、初核 (由鄉鎮市公所查填)

一、108年1月起列冊為本縣中低收入老人生活津貼領取人 (應附公所證明文件)。家庭總收入平均未達當年度每人每月最低生活費標準 1.5 倍 2.5 倍

二、

最低生活費 (元)	×	全家總人口 (人)	×	2.5 =	合於補助標準 元	□	家庭總收入 (元)
-----------	---	-----------	---	-------	-------------	---	-----------

肆、審核 (由縣政府查填)

一、符合補助標準：領有中低收入老人生活津貼 (應附公所證明文件)。家庭總收入平均未達當年度每人每月最低生活費標準 1.5 倍 2.5 倍

自行負擔醫療費用 (元)	-	不合補助金額	=	符合補助金額 (元)	×	符合補助金額 (元)	×	補助比例	=	核定金額
補助看護費用標準	×	日數	=	核定金額						

二、不符補助標準：全家月入超過最低生活費 2.5 倍 全家人口存款本金及投資超過一定數額 全家人口之土地及房屋價值超過六百五十萬元整 醫療、看護費不符補助規定

鄉鎮市公所或救助機構初核簽章				彰化縣政府審核簽章			
調查員	承辦員	業務主管	機關首長	承辦員	科長	業務主管	機關首長