

# 彰化縣 鄉(鎮、市)弱勢兒童及少年醫療費用補助申請表

申請日期： 年 月 日

壹：申請人資料：(由申請人自填或鄉鎮市公所承辦人(村里幹事)或兒福機構人員或社工代填)

申請人姓名：	身分證字號：	與兒童之關係： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 其他_____		
通訊地址：	縣 鄉鎮 村	市 市區 里	路 巷	號 弄 樓
聯絡電話：	手機：			
兒童姓名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日：	年 月 日	身分證字號：
戶籍地址：	縣 鄉鎮 村	市 市區 里	路 巷	號 弄 樓

**一、補助對象(符合左欄資格者全額補助，符合右欄資格者依財稅訂定之標準補助)**

<input type="checkbox"/> 低收入戶及中低收入戶內兒童及少年 <input type="checkbox"/> 領有弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助者 <input type="checkbox"/> 依兒童及少年保護通報及處理辦法保護之兒童及少年 <input type="checkbox"/> 安置於公私立兒童及少年安置及教養機構或寄養家庭之兒童及少年 <input type="checkbox"/> 特殊境遇家庭扶助條例第九條規定，未滿六歲之兒童	<input type="checkbox"/> 發展遲緩兒童 <input type="checkbox"/> 早產兒 <input type="checkbox"/> 因懷孕或生育而遭遇困境之兒童、少年及其子女 <input type="checkbox"/> 符合行政院衛生署公告之罕見疾病或領有全民健康保險重大傷病證明之兒童及少年 <input type="checkbox"/> 其他經縣(市)主管機關評估有補助必要之兒童及少年(需檢附社工員評估資料)
--	---

**二、申請項目：**

補助全民健康保險應自行負擔之住院費用及住院期間之看護費用，合計每年最高補助新臺幣三十萬元。住院費用以因疾病、傷害事故就醫所生全民健康保險之應自行負擔之住院費用為限。本補助費用不含義肢、義眼、義齒、配鏡、鑲牙、整容、整形、病人運輸、指定醫師、特別護士、指定藥品材料費、掛號費、疾病預防與非因疾病而施行預防之手術或節育結紮及指定病房費。

未婚懷孕生產、流產醫療費用。但以特殊境遇家庭扶助條例未規定補助之費用為限。

為確認身分所作之親子血緣鑑定費用。

補助未滿十二歲全民健康保險未涵蓋之發展遲緩兒童評估費及療育訓練費，療育訓練費每人每次最高補助新臺幣五百元，每月最多六次為限，**低收入戶每月最多十次**。

經醫師鑑定，因早產及其併發症所衍生之醫療、住院費用，每年最高補助新臺幣三十萬元為限。

無全民健康保險投保資格個案之醫療費用。但以全民健康保險有給付項目，且由就醫者自行負擔之費用為限，每年最高補助新臺幣三十萬元為限。

經醫師評估有**必要之愛滋病毒感染預防性投藥費用，每一療程最高補助新臺幣三萬元為限。**

其他經評估有補助必要之項目，**自費項目需檢附醫師評估資料**，每年最高補助新臺幣三十萬元為限。

**三、證明文件(符合法規第十五點第一至五款者免附財稅資料)**

發展遲緩應備文件	醫療應備文件	看護應備文件(每日補助上限2千元)
<input type="checkbox"/> 戶口名簿影本或戶籍謄本(詳細記事,含兒少之直系血親及兄弟姊妹) <input type="checkbox"/> 發展遲緩醫院診斷證明書(有效期間以一年認定之) <input type="checkbox"/> 兒童郵局存簿封面影本 <input type="checkbox"/> 發展遲緩兒童評估費及療育訓練費收據正本 <input type="checkbox"/> 財稅資料(兒少之直系血親及兄弟姊妹) <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 戶口名簿影本或戶籍謄本(詳細記事,含兒少之直系血親及兄弟姊妹) <input type="checkbox"/> 就醫醫院出具之診斷證明書 <input type="checkbox"/> 醫療費用收據正本 <input type="checkbox"/> 未申請其他保險之切結書 <input type="checkbox"/> 兒童郵局存簿封面影本 <input type="checkbox"/> 醫師自費證明書 <input type="checkbox"/> 醫療自費項目明細表 <input type="checkbox"/> 財稅資料(兒少之直系血親及兄弟姊妹) <input type="checkbox"/> 重大傷病證明 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 戶口名簿影本或戶籍謄本(詳細記事,含兒少之直系血親及兄弟姊妹) <input type="checkbox"/> 就醫醫院出具之診斷證明書 <input type="checkbox"/> 看護費用收據 <input type="checkbox"/> 未申請其他保險之切結書 <input type="checkbox"/> 兒童郵局存簿封面影本 <input type="checkbox"/> 看護人員身份證影本 <input type="checkbox"/> 看護人員結業證書 <input type="checkbox"/> 其他_____

**貳、審核結果(由縣政府查填)**

<p><b>符合補助標準</b></p> <input type="checkbox"/> 符合一至五款者全額補助 100% <input type="checkbox"/> 家庭總收入平均未達當年度當地區每人每月最低生活費 2 倍,補助 75%。 <input type="checkbox"/> 家庭總收入平均在當年度當地區每人每月最低生活費 2 倍以上未達 3 倍,補助 50%。 <input type="checkbox"/> 家庭總收入平均在當年度當地區每人每月最低生活費 3 倍以上未達 4 倍,補助 25%。 <p><b>不符補助標準</b></p> <input type="checkbox"/> 資格不符 <input type="checkbox"/> 檢附資料不符規定：_____ <input type="checkbox"/> 資料不齊,缺件：_____	<p><b>醫療</b></p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20%;">總金額</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%;">不符金額</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%;">百分比率</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%;">核定金額</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> </table> <p><b>看護</b></p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20%;">總金額</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%;">看護天數</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%;">補助標準</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%;">核定金額</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> </table> <p><b>發展遲緩</b></p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20%;">總金額</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%;">堂數</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%;">補助金額</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%;">核定金額</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>	總金額	不符金額	百分比率	核定金額					總金額	看護天數	補助標準	核定金額					總金額	堂數	補助金額	核定金額				
總金額	不符金額	百分比率	核定金額																						
總金額	看護天數	補助標準	核定金額																						
總金額	堂數	補助金額	核定金額																						
<p><b>鄉鎮市公所或兒福機構或社工員初核簽章</b></p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">承辦人</td> <td style="width: 33%;">業務主管</td> <td style="width: 33%;">機構主管</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>	承辦人	業務主管	機構主管				<p><b>縣市政府審核簽章</b></p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">承辦人</td> <td style="width: 33%;">科長</td> <td style="width: 33%;">處長</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>	承辦人	科長	處長															
承辦人	業務主管	機構主管																							
承辦人	科長	處長																							