

彰化縣

鄉鎮市中低收入老人傷病醫療暨看護費用補助申請調查表

申請人簽章：

申請日期 年 月 日

申請人	姓名：	電話：	申請項目	<input type="checkbox"/> 醫療補助 <input type="checkbox"/> 看護補助 <input type="checkbox"/> 醫療及看護補助	
	身份證字號：			醫療	<input type="checkbox"/> 診斷證明書 <input type="checkbox"/> 未重複領取切結書 <input type="checkbox"/> 醫療費用收據正本 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 醫療需使用自費項目說明 <input type="checkbox"/> 自費項目明細表 <input type="checkbox"/> 中低收入老人證明 <input type="checkbox"/> 郵局帳戶之存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 領據
	戶籍：彰化縣 地址				
	通訊：彰化縣 地址				
受委託人	姓名：	電話：	證明文件	<input type="checkbox"/> 診斷證明書 <input type="checkbox"/> 未重複領取切結書 <input type="checkbox"/> 看護費用收據 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 僱請看護證明 <input type="checkbox"/> 中低收入老人證明 <input type="checkbox"/> 看護身分證影本 <input type="checkbox"/> 看護證照 <input type="checkbox"/> 郵局帳戶之存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 領據	
	身份證字號(統一編號)：				
	戶籍：彰化縣 地址				
	通訊：彰化縣 地址				

口號	稱謂	姓名	性別	出生日期			健康情形				工作能力		所享社會保險(必填)	職業及平均每月收入			備註
				年	月	日	足齡	正常	疾病	殘障	有職業	無原因		職業	每月收入	無(原因)	
1	戶長																
2																	
3																	
4																	
5																	

鄉鎮市公所審核暨簽章	一、 <input type="checkbox"/> 不符補助標準原因： 二、 <input type="checkbox"/> 符合補助標準： <input type="checkbox"/> 領有中低收入老人生活津貼(公所證件文件)		彰化縣政府核定暨簽章	一、 <input type="checkbox"/> 不符補助標準原因：_ 二、 <input type="checkbox"/> 符合補助標準： <input type="checkbox"/> 領有中低收入老人生活津貼(公所證件文件)	
	$\frac{\text{自行負擔醫療費用}}{\text{符合補助金額}} - \frac{\text{不符補助金額}}{\text{符合補助金額}} = \text{符合補助金額}$			$\frac{\text{自行負擔醫療費用}}{\text{符合補助金額}} - \frac{\text{不符補助金額}}{\text{符合補助金額}} = \text{符合補助金額}$	
	$\frac{\text{符合補助金額}}{\text{符合補助金額}} \times \frac{\text{補助比例}}{\text{補助比例}} = \text{審核金額 (A)}$			$\frac{\text{符合補助金額}}{\text{符合補助金額}} \times \frac{\text{補助比例}}{\text{補助比例}} = \text{符合補助金額 (A)}$	
	$\frac{\text{補助看護費用標準}}{\text{補助看護費用標準}} \times \frac{\text{日數}}{\text{日數}} = \text{審核金額 (B)}$			$\frac{\text{補助看護費用標準}}{\text{補助看護費用標準}} \times \frac{\text{日數}}{\text{日數}} = \text{核定金額 (B)}$	
	審核補助金額= A+B=_____			核定補助金額= A+B=_____	
	訪查人員	課長		承辦人	副處長
承辦人	鄉鎮市長	科長	處長		