**連江縣 鄉中低收入戶傷病醫療、看護費用補助申請調查表**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日期：　　　年　　　月　　　日

1. 申請人資料：

|  |
| --- |
| 一、患者姓名：　　　　　電話：  二、戶籍地址：連江 縣　　　鄉　　　村　　　鄰　　　號    三、通訊地址：連江 縣　　　鄉　　　村　　　鄰　　　號    四、居住狀況：1.　世居，　　　年　　月　　日由　　縣（市）　　鄉（鎮市區）遷入  　　　　　　　2.　住屋：　自有　　　　租賃　　　　借住  五、申請項目：1.　醫療補助　　　2.　看護補助　　　3.　醫療及看護補助  六、檢附證明文件：1.醫療補助：　戶籍謄本　份　　診斷證明書　　醫療費用收據　份　　繳費通知書　份  　　　　　　　　　2.看護補助：　戶籍謄本　份　　診斷證明書　　看護費用收據　份　　僱請看護證明　份  　　　　　　　　　　　　　　　　財產、賦稅證明　份  七、申請人姓名：　　　　　簽章，與患者關係：　本人　　　　係患者之  八、通訊地址：連江 縣　　　鄉　　　村　　　鄰　　　號 |

1. 戶內人口及家庭經濟狀況：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 有 | 無 |
| 身份證字號 | 年 | 月 | 日 | 足  齡 | 正  常 | 疾  病 | 殘  障 | 職  業 | 原  因 | 職業 | 每月收入 | 無  （原因） |
| １ | 戶  長 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1.工作收入  元 |
|  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2.房（地）租金收入  元 |
|  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3.本息收入  元 |
|  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4.征屬津貼  元 |
|  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5.榮家補助  元 |
|  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 6.其 他  元 |
|  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 總收入  元 |
|  |

三、審核

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、　　　　　年　　　　　月　　　　　日已列冊第　　　款低收入戶。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 二、    ＝  ×  × | | | 最低生活費（元） |  | | | 全家總人口（人） | | | | |  | | | 補助標準（倍） | |  | | | | 補助標準金額 | |  | | 家庭總收入（元） | | | |  | |
|  |  | | | | | 1.5 | | 1.5倍 | 元 |  | | | |
| 三、　符合補助標準：　　　　　款低收入戶，　1.5倍以下中低收入戶 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一  ＝  ＝  × | 自行負擔醫療費用（元） | | | |  | | | 不符補助金額 | |  | | | 符合補助金額（元） | | | | |  | | 符合補助金額（元） | | | |  | | 補助比例 |  | 核定補助金額 | |  |
|  | | | |  | |  | | | | |  | | | |  |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ×  四、  ＝ | | 補助看護費用標準 | | | |  | | | 日數 | |  | | | 核定補助金額 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |
| 不符補助標準：　全家月入超過最低收活費1.5倍  　醫療、看護費不符補助規定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 初核簽章 | | | | | | | | | | | | | | 審核簽章 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 承辦人　　 　　　　課長　　　　　　　 鄉長 | | | | | | | | | | | | | | 承辦人　　　　　　課長　　　　　　　　局長 | | | | | | | | | | | | | | |

附註：1.申請人資料由申請人自填或受理單位（鄉公所）承辦人員代填。

2.戶內人口及家庭經濟狀況、審核欄第一、二項，由鄉公所查填，審核單位

得依複查事實予以更正。

3.初核欄由鄉公所，審核欄由縣政府辦理。