

壹、基本資料：

申請日期： 年 月 日

一、受補助兒童（少年）姓名： 身份證字號：           性別：男 女 出生年月日： 年 月 日

二、戶籍地址： 縣 鄉 村 鄰 路 巷 號

三、是否具原住民身分：是 否

四、本人（或具領人）保證上述所填各項資料及所附文件均為真實，若以詐欺或提供不實資料取得本補助者，無條件立即繳回所領取之補助款項予連江縣衛生福利局

申請人姓名：\_\_\_\_\_ 與兒童（少年）關係：父 母 其他\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_ 申請人地址：\_\_\_\_\_ 申請者：\_\_\_\_\_ 簽章

五、兒童少年之資格審核：

(一)設籍本縣符合社會救助法規定未滿十八歲之低收入戶兒童及少年。(附低收入戶證明文件)

(二)符合領取濟弱勢兒童及少年生活扶助資格者(附核定公文影本)。

(三)符合領取弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助資格者(附核定公文影本)。

(四)兒童及少年保護個案。

(五)特殊境遇家庭扶助條例第九條規定，未滿六歲之兒童及少年。

(六)安置於立案之公私立兒童、少年安置、教養機構或寄養家庭之兒童及少年。

(七)發展遲緩兒童。

(八)早產兒。

(九)因懷孕或生育而遭遇困境之兒童、少年及其子女。

(十)符合衛生福利部公告之罕見疾病兒童及少年或領有全民健康保險重大傷病卡之兒童及少年。

(十一)其他經評估有必要補助之兒童及少年。

貳、申請補助項目標準及檢附證明文件：

一、住院期間

看護費（每日 元× \_\_\_\_\_ 日數= \_\_\_\_\_ 元）

膳食費（\_\_\_\_\_ 元）

全民健康保險費規定應自行負擔之住院費用（自行負擔醫療費用 \_\_\_\_\_ 元－不含補助金額 \_\_\_\_\_ 元＝申請補助金額 \_\_\_\_\_ 元）

※檢附資料： 戶口名簿或最近三個月內戶籍謄本  診斷證明書  看護費用收據正本  看護人員切結書及照顧員結業證書(相關證照)  住院膳食費用收據正本

醫療院所出具需專人看護證明正本  領款收據正本  依全民健康保險法規定應自行負擔之住院醫療費用證明  存簿影本(受款人核章)  其他相關之證明文件

二、 未婚懷孕生產、流產醫療費用：\_\_\_\_\_ 元

三、 親子血緣鑑定費用：\_\_\_\_\_ 元

四、發展遲緩兒童評估費及療育費

※檢附資料： 發展遲緩證明或身心障礙手冊  健保未給付之評估內容或報告  評估費用收據正本  領款收據正本

療育單位核章之療育記錄卡  療育費用收據正本  領款收據正本

五、 因早產及其併發症所衍生之醫療及住院費用。

六、 無健保投保資格個案之醫療補助費用：

七、 愛滋病毒感染預防性投藥費用。

八、 其他經評估有必要補助之項目。

※檢附資料：戶口名簿或最近三個月內戶籍謄本、領款收據正本(具領人同存簿受款人) 診斷證明書 社工員之評估報告表 安置契約與個案安置公文其他相關之證明文件

參、審核

<p>一、符合補助項目</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 符合全民健康保險法規定應自行負擔之住院費用、看護費、膳食費。</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 未婚懷孕生產、流產醫療費用。</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 親子血緣鑑定費用。</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 全民健康保險未涵蓋之發展遲緩兒童評估費及療育費。</p> <p><input type="checkbox"/> 5. 因早產及其併發症所衍生之醫療及住院費用。</p> <p><input type="checkbox"/> 6. 無健保投保資格個案之醫療補助費用。</p> <p><input type="checkbox"/> 7. 愛滋病毒感染預防性投藥費用。</p> <p><input type="checkbox"/> 8. 其他經評估有必要補助之項目：</p> <p>二、不符合補助標準：</p> <p><input type="checkbox"/> 不符合補助標準</p> <p><input type="checkbox"/> 不符合補助項目</p> <p><input type="checkbox"/> 資料不全</p> <p><input type="checkbox"/> 其他</p> <p>三、核准補助總金額：新臺幣 _____ 元整</p>	<p>一、符合補助項目</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 符合全民健康保險法規定應自行負擔之住院費用、看護費、膳食費。</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 未婚懷孕生產、流產醫療費用。</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 親子血緣鑑定費用。</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 全民健康保險未涵蓋之發展遲緩兒童評估費及療育費。</p> <p><input type="checkbox"/> 5. 因早產及其併發症所衍生之醫療及住院費用。</p> <p><input type="checkbox"/> 6. 無健保投保資格個案之醫療補助費用。</p> <p><input type="checkbox"/> 7. 愛滋病毒感染預防性投藥費用。</p> <p><input type="checkbox"/> 8. 其他經評估有必要補助之項目：</p> <p>二、不符合補助標準：</p> <p><input type="checkbox"/> 不符合補助標準</p> <p><input type="checkbox"/> 不符合補助項目</p> <p><input type="checkbox"/> 資料不全</p> <p><input type="checkbox"/> 其他</p> <p>三、核准補助總金額：新臺幣 _____ 元整</p>
---	---

鄉公所初核簽章			審核簽章		
承	辦	人	承	辦	人
課	長	鄉	科	長	秘
					書
					局
					長