

連江縣失能老人營養保健及醫護用品補助實施要點

中華民國 105 年 1 月 21 日連民社字第 1050003635 號函

中華民國 109 年 6 月 1 日連衛社字第 1090005417 號函修訂

- 一、目的：為減輕本縣失能老人之家庭經濟負擔，改善其生活品質，並落實社會福利政策。
- 二、補助對象：
 - (一)累計設籍本縣 20 年並年滿 65 歲以上並有實際居住本縣之失能老人(指需護理且生活無法自理者)。
 - (二)未經政府公費收容安置或補助托育養護費者。
- 三、補助原則：每月補助費用為新台幣 1,500 元為原則(可一次或分次購置一季受補助之品項，每季最高補助 4,500 元)(未達補助額度時即以實際支付金額補助之)，1 年最高補助 12 個月。
- 四、申請時程：4 月 15 日、7 月 15 日、10 月 15 日、12 月 15 日前檢附購買憑證(收據或發票)及領據按季報局，以每 3 個月請款一次為原則，最高 4,500 元為核定標準，審核無誤後逕行撥款於申請人，逾期視為放棄。
- 五、第一次申請手續及應備文件：
 - (一)申請書。
 - (二)身分證正反面影本。
 - (三)戶籍謄本。
 - (四)台銀或郵局存簿影本。
 - (五)醫院診斷證明。
 - (六)巴氏量表(總分需 30 分以下且需 2 員醫護人員蓋章)
- 六、補助程序：檢附上開應備文件，向所需鄉公所提出申請，經鄉公所初審通過後，案報本局辦理。
- 七、經費來源：編列本縣公益彩券盈餘分配基金預算支應。
- 八、本要點奉核後實施，修正時亦同。

連江縣失能老人營養保健及醫護用品補助申請書

一、申請人基本資料：

申請日期： 年 月 日

申請人姓名	身分證字號	申請人聯絡電話	
		住家	手機
出生日期	設籍日期		
戶籍地址			
現住地址			
申請人帳戶	戶名：	局號：	帳號：
本人申請本項補助，所提供以上資料皆據實填報，若有虛報不實情形經查獲者，除無條件繳回本項補助外，願負一切法律責任，並同意授權鄉公所與衛福局查調相關資料，配合查核，絕無異議。			
申請人：			(簽名或蓋章)
委託(授權)代申請(若由他人代送者，應簽署本欄，若掛號郵寄或親送者免填) 委託人(即申請人)茲已瞭解並將申請失能老人營養品保健、醫護用品補助事宜委託(授權)受委託人：			
		(簽名或蓋章)(國民身分證統一編號：)代辦，	
如有糾紛致影響申請人權益，概由委託人自行負責。			

二、鄉公所初審結果：(以下欄位申請人免填)

初審日期： 年 月 日

<input type="checkbox"/> 本案符合補助規定。			
<input type="checkbox"/> 經核不符合補助規定，理由：			
承辦人：	課長：	秘書：	鄉長：

三、衛福局複審結果：

複審日期： 年 月 日

<input type="checkbox"/> 本案符合補助規定。			
<input type="checkbox"/> 經核不符合補助規定，理由：			
承辦人：	科長：	秘書：	局長：

連江縣失能老人營養保健及醫護用品補助消費明細表

姓名(申請人)：_____ 出生年月日： 年 月 日
 戶籍地址：_____

消費日期	品名 (如發票為代碼者請詳填明細)	數量	單價	總價	廠商
總計					

消費期間： 年 月至 年 月

※ 每人每月補助 1,500 元，每季最高補助 4,500 元。

本人申請_____年_____月~_____月老人營養保健及醫療用品補助，所提供以上資料皆據實填報，若有虛報不實情形經查獲者，除無條件繳回本項補助外，願負一切法律責任。

申請(填表)人：_____ (親筆簽名或蓋章)

領 據	茲收到連江縣衛生福利局辦理老人營養保健及醫護用品補助 年 月至 年 月之補助，合計新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整 此致 連江縣衛生福利局 具領人簽名或蓋章(私章)：_____ 身分證統一編號：_____ 具領人地址： 縣 鄉 村路(街) 號 樓 具領人 局號：_____ 帳號：_____
----------------	---

-----粘 貼 處-----

請 在 此 浮 貼 單 據