**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，向戶籍地之鄉公所提出申請，經鄉公所初審通過後，報本局辦理。

七、經費來源：編列本縣公益彩劵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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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。 |

**一、申請人基本資料：** 申請日期：　 年 月 日

**二、鄉公所初審結果：(以下欄位申請人免填)** 初審日期： 年 　月 　日

|  |
| --- |
| □本案符合補助規定。□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

|  |
| --- |
| □本案符合補助規定。□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　　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*