

## 嘉義市 年度中低(低)收入戶傷病醫療、看護費用補助申請查定表

壹、 申請人資料：

申請日期： 年 月 日

申請人	(受補助本人)			蓋 章	身 分 證 號	出 生 日	年 月 日	聯 絡 電 話	申 請 項 目	<input type="checkbox"/> 醫療補助(18歲以上)
代理人	與受補助 人關係		年 月 日				<input type="checkbox"/> 看護補助(65歲以下)			
<p>一、戶籍地址：_____市_____區_____里_____鄰_____路_____街_____巷_____弄_____號_____樓</p> <p>二、通訊地址：<input type="checkbox"/>同上 <input type="checkbox"/>_____市_____區_____里_____鄰_____路_____街_____巷_____弄_____號_____樓</p> <p>三、補助對象：_____年列冊<input type="checkbox"/>低收入戶 <input type="checkbox"/>中低收入戶 <input type="checkbox"/>其他</p> <p>四、檢附證明文件：<input type="checkbox"/>診斷證明書 <input type="checkbox"/>醫療費收據(正本) <input type="checkbox"/>專人看護證明 <input type="checkbox"/>看護費用收據及原始收據(看護公司或個人) <input type="checkbox"/>看護員證件(身分證、技術證) <input type="checkbox"/>其他</p> <p>★切結欄：本人實際設籍本市，並證明所提供之申請資料無誤，如經查明以虛偽不實接受補助者，願無條件繳回補助款並負一切法律責任，特立此切結書為證。</p> <p style="text-align: center;">具切結人簽章： _____ (蓋章)</p>										

貳、 戶內人口及家庭經濟狀況(補助對象為低收及中低收入戶者免填)

編號	稱謂	姓 名	身 分 證 字 號	性 別	出 生 日			健 康			工作能力		所享 社會 保險	職業及平均月收入		備註	月 收 入				
					年	月	日	正常	疾病	殘障	有	無		職業	原因		職業	每月收入	1. 工作收入	元	
																					職業
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					

參、 審核：

一、

$$\frac{\text{最低生活費用(元)}}{\text{全家總人口(人)}} \times \frac{\text{補助標準(倍)}}{\text{補助標準金額}} = \frac{\text{補助標準金額}}{\text{家庭總收入(元)}}$$

二、

$$\frac{\text{自行負擔醫療費用(元)}}{\text{不含補助金額}} = \frac{\text{符合補助金額(元)}}{\text{符合補助金額(元)}} \times \frac{\text{補助比例}}{\text{核定補助金額}}$$

三、

$$\frac{\text{補助看護費用標準}}{\text{日數}} = \frac{\text{核定補助金額}}$$

- 符合補助標準
- 不符補助標準: 月收入超過最低生活費 1.5 倍
- 醫療、看護費不符補助規定

四、