

# 嘉義市 區 年度中低（低）收入老人重病住院看護費用補助申請（查定）表

壹、申請人資料及家庭經濟狀況

填表日期： 年 月 日

申請人 (代理人)		蓋章		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號		住 址		聯 絡 電 話				
受補助人	與受補助人關係 (務必填寫)	蓋章		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號		住 址		聯 絡 電 話				
申請人資格	年滿 65 歲以上： <input type="checkbox"/> 列冊低收入戶 <input type="checkbox"/> 列冊中低收入戶 <input type="checkbox"/> 符合中低老人生活津貼者 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙者生活津貼 <input type="checkbox"/> 本府核定全額補助收容安置 <input type="checkbox"/> 補助身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用達百分之七十以上		應附證明文件	<input type="checkbox"/> 列冊低收入戶證明 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 (由公所逕行查核) <input type="checkbox"/> 戶口名簿影印本 (低收入戶免附) <input type="checkbox"/> 看護費收據正本 <input type="checkbox"/> 存簿影本 <input type="checkbox"/> 全戶綜合所得稅結算證明書 (低收入戶免附) <input type="checkbox"/> 公費收容安置補助公文影本 (入住機構者須附) <input type="checkbox"/> 僱請專人照顧看護證明書 <input type="checkbox"/> 住院診斷證明書 (申請人於住院日起三個月內提出申請)				受看護日期	自 年 月 日 起 至 年 月 日 止 (於看護期間者只填起始日期)					
人 次	稱 謂	姓 名	身 分 證 字 號	性 別	出 生	健 康	工 作 能 力	職 業	參 加 保 險	平 均 每 月 工 作 收 入	區 公 所 初 審 結 果	市 政 府 複 審 及 核 定 結 果	會 簽 主 計 處	
					年 月 日	足 歲	正 常 疾 病 身 心 障 礙	有 無		實 際 規 定				
1	戶 長										<input type="checkbox"/> 本案本年度第 次申請。 <input type="checkbox"/> 截至目前為止，已 申請金額為新台幣 萬 仟 佰 拾 元整。	擬：本案符合中低收入收入老人重病住 院看護費用補助要點，同意自 年 月 日起至 年 月 日 止，計 日，每日補助看護費 用 <input type="checkbox"/> 玖佰元， <input type="checkbox"/> 肆佰元 <input type="checkbox"/> 壹仟捌佰元，合計新台幣 萬 仟 佰 拾 元整。由 本府社政業務—老人福利—獎補助 費—社會福利津貼及濟助項下支 應。	承辦人  科長  副處長  處長	
2														
3														
4														
5														
6														
◎切結欄：本人實際設籍本市，並證明所提供之申請資料無誤，且無重複請領特別照顧津貼亦未重複申請本補助，若經查明違反上述事由者，無條件繳回補助款外願負一切法律責任，特立此切結書為證。 具切結人簽章：											調查員			
貳、審核 一、 $\frac{\text{最低生活費 (元)}}{\text{全家總人口 (人)}} \times \text{補助標準 (倍)} = \text{補助標準金額 (元)}$ 二、 $\frac{\text{家庭每月總收入 (元)}}{\text{補助標準金額 (元)}} \begin{cases} < \\ > \end{cases}$ 三、 $\frac{\text{受看護日期 (日)}}{\text{補助額度}} = \text{核准補助金額 (元)}$ 四、 <input type="checkbox"/> 不符合補助標準 <input type="checkbox"/> 符合補助標準											承辦人	課長	區長	科長 副處長 處長 機關首長