

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

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"/> 領有中低老人生活津貼 <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 年 月 日	健 康 狀 况	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
1	戶 長										<input type="checkbox"/> 本案本年度第 次申請。 <input type="checkbox"/> 截至目前為止，已申領金額為新台幣 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 玖佰元 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：													
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、 $\frac{\text{家庭每月總收入 (元)}}{\text{補助標準金額 (元)}} < \text{或} >$													
三、 $\frac{\text{受看護日期 (日)}}{\text{補助度}} = \text{核准補助金額 (元)}$													
四、 <input type="checkbox"/> 不符合補助標準 <input type="checkbox"/> 符合補助標準													
調查員 承辦人 課長 區長													
承辦人 科長 副處長 處長 機關首長													

核准補助金額 (元)

壹、申請人資料及家庭經濟狀況

填表日期： 年 月 日