

# 嘉義市政府衛生局中低收入戶及弱勢族群生活照護服務申請書

申請人姓名		印章或簽名			
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	申請日期	年 月 日		
身分證字號					
出生年月日	中華民國 年 月 日				
通訊地址					
聯絡電話	(O): (H): 手機:				
檢附文件	<input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 中低、低收入戶證明文件 <input type="checkbox"/> 相片(2吋)2張 <input type="checkbox"/> 全戶財稅及全戶所得證明 <input type="checkbox"/> 身份證正反面影印本 <input type="checkbox"/> 全戶戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 近一年眼底檢查證明 <input type="checkbox"/> 醫師診斷證明書(一天驗幾次/足部異常)				
補助資格	A:設籍嘉義市中低、低收入戶 B:設籍嘉義市家庭實際總收入平均每人每月未超過中央主管機關當年公布最低生活費標準 2.5 倍及全戶不動產低於 650 萬元者				
補助對象	經醫師診斷之第二型糖尿病病患				
申請項目	<p>血糖試紙(每季申請一次) 資料審核後檢附資料<input type="checkbox"/>血糖試紙收據</p> <p>(一)符合補助資格 A 者，血糖試紙補助每月以 1,500 元為上限，依醫師診斷或實際費用未達 1,500 元者，依實際費用補助。</p> <p><input type="checkbox"/>依據醫師診斷需每日檢測血糖且注射胰島素之第二型糖尿病患者。  <input type="checkbox"/>依據醫師診斷需每日檢測血糖並使用口服降血糖藥，且需符合下列糖尿病併發症其中一項：<input type="checkbox"/>眼睛視網膜病變 <input type="checkbox"/>慢性腎臟病達 3b 階段以上者 <input type="checkbox"/>曾經有中風、心肌梗塞或冠狀動脈病史者</p> <p>(二)符合補助資格 B 者，血糖試紙補助每月以 1,200 元為上限，依醫師診斷或實際費用未達 1,200 元者，依實際費用補助。</p> <p><input type="checkbox"/>依據醫師診斷需每日檢測血糖且注射胰島素之第二型糖尿病患者。  <input type="checkbox"/>依據醫師診斷需每日檢測血糖並使用口服降血糖藥，且需符合下列糖尿病併發症其中一項：<input type="checkbox"/>眼睛視網膜病變 <input type="checkbox"/>慢性腎臟病達 3b 階段以上者 <input type="checkbox"/>曾經有中風、心肌梗塞或冠狀動脈病史者。</p> <p>保護足鞋(一年申請一次) 資料審核後檢附資料<input type="checkbox"/>保護足鞋收據<input type="checkbox"/>足鞋照片</p> <p><input type="checkbox"/>符合補助資格者，依據醫師診斷足部異常需穿著糖尿病保護足鞋者。            ※每雙保護足鞋補助費用為 3,500 元(不足費用由民眾自付)，實際費用未達 3,500 元者，依實際費用補助。</p>				
※呼籲糖尿病病患定期一年一次自行至嘉義市醫療院所進行眼底鏡檢查。	 請掃描	嘉義市大眾運輸服務資訊平台	 請掃描	衛生福利部國民健康署/健康久久+	 請掃描
審查結果	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合				

※經費來源:公益彩券盈餘分配基金補助

單位承辦人:

單位主管: