

## 新竹縣經濟弱勢老人住院看護費補助申請表

一、申請人資料

申請日期： 年 月 日

(一)	患者姓名：	_____，福利身分別：	<input type="checkbox"/> 低收入戶	<input type="checkbox"/> 符合中低收入老人生活津貼補助資格者
(二)	身分證字號：	_____。	是否為原住民：	<input type="checkbox"/> 1.否 <input type="checkbox"/> 2.是，族別 _____。
(三)	戶籍地址：	新竹縣_____。		
(四)	通訊地址：	_____，	電話：	_____。
(五)	申請人姓名：	_____，與患者關係_____。		
(六)	通訊地址：	_____。		

二、戶內人口及家庭狀況(已核列低收入戶者免填)

人 數	稱謂	姓名	性 別	出生年月日			健康狀況			工作能力		所享社 會保險	平均每月收入				
				年	月	日	正常	疾病	身心障礙	職業	無		工作收入	本息收入	其他收入	總收入	備註
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	

戶內人口表格不敷使用請自行增列

三、應備文件

	應備文件	檢查欄
1	低收入戶、中低收入戶證明或中低收入老人生活津貼證明。(未申請低收、中低收入戶或中低收入老人生活津貼者，需檢附戶籍謄本及戶內人口綜合所得稅證明及財產清單)	
2	委由他人代為申請本補助者，應填寫委託代理書及檢附被委託人身分證明文件影本。	
3	看護費用補助撥付墊付人同意書。(由他人墊付看護費用者填寫)	
4	診斷證明書正本。(須由醫師載明入出院日期及敘明住院期間須僱請專人看護)	
5	僱請看護服務證明書。(須由醫療院所之主治醫師、護理人員或社工員蓋職名章證明)	
6	僱請看護人員收據。(須由僱請看護人員或看護單位提供)	
7	看護者之照顧服務員結業證書影本(證書須經縣市政府認證)或照顧服務員丙級技術士證書影本。(須由僱請看護人員或看護單位提供)	
8	申請人領有本府全額補助入住社會福利機構、醫療機構者應檢附核定收容安置補助公文影本。(機構收容安置個案由機構提供)	
9	個人申請：申請人領款收據、帳戶存摺影本。 機構申請：機構領據、存摺封面影本。	

四、審核結果：

(一)經查全戶平均每人每月收入為\_\_\_\_\_元

全戶動產\_\_\_\_\_元

全戶不動產\_\_\_\_\_元

(二)符合補助標準

不符合補助標準：全家平均月收入超過最低生活費 2.5 倍

不動產超過 750 萬元

其他\_\_\_\_\_

(三)補助看護費用標準\*日數(自 年 月 日至 年 月 日)=核定補助金額

\_\_\_\_\_ \* \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

初核簽章		
承辦人	業務主管	機關首長

複核簽章		
承辦人	科長	處長

1. 申請人資料由申請人自填或受理單位(鄉鎮市公所、救助機關)承辦人代填。
2. 戶內人口及家庭經濟狀況，審核欄第 1、2、3 項由鄉鎮市公所或救助機構(社工員)查填，審核單位得依複查事實予以更正。
3. 初審欄由鄉鎮市公所或救助機關核章，複核欄由縣政府核章。

# 新竹縣經濟弱勢老人住院看護費補助 委託代理書

本人\_\_\_\_\_（出生日期：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日，身分證字號：\_\_\_\_\_）

茲因\_\_\_\_\_，特授與\_\_\_\_\_先生/小姐（出

生日期：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日，身分證字號：\_\_\_\_\_）代理本人處理住院看護

費用申請事宜，本委託代理書自簽發之日起生效，至此次補助款發放後結束。

此致

\_\_\_\_\_鄉（鎮、市）公所

本 人：\_\_\_\_\_ 簽章

代 理 人：\_\_\_\_\_ 簽章

【檢附身分證明文件影本，正本繳驗後發還】

身分證正面影本黏貼處

身分證反面影本黏貼處

本人與代理人關係：\_\_\_\_\_

聯絡電話：

地 址：

中 華 民 國

年

月

日

# 新竹縣經濟弱勢老人住院看護費補助

## 撥付墊付人同意書

本人\_\_\_\_\_ (身分證字號：\_\_\_\_\_ )於民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日起至民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日止，至\_\_\_\_\_醫院就醫，本人無力支付住院看護費用，由\_\_\_\_\_協助僱請合格看護人員協助照顧並先行墊付看護費用，本人同意本次住院看護費用補助款撥付給墊付人。

此致

新竹縣政府

立同意書人：\_\_\_\_\_ 簽章

與墊付人關係：\_\_\_\_\_

【繳交身分證明文件影本，正本繳驗後發還】

立同意書人身分證正面影本黏貼處

立同意書人身分證反面影本黏貼處

墊付人身分證正面影本黏貼處

墊付人身分證反面影本黏貼處

聯絡電話：

地址：

中華民國

年

月

日

### 僱請看護服務證明書

本人 \_\_\_\_\_ 為合格照顧服務員，於 \_\_\_\_\_ 醫院

提供 \_\_\_\_\_ 先生（女士）看護服務之狀況如下：

看護時間起迄	班別	班別單價	小計金額
自 年 月 日 時 至 年 月 日 時	<input type="checkbox"/> 全（24小時） <input type="checkbox"/> 日（12小時） <input type="checkbox"/> 夜（12小時）		
自 年 月 日 時 至 年 月 日 時	<input type="checkbox"/> 全（24小時） <input type="checkbox"/> 日（12小時） <input type="checkbox"/> 夜（12小時）		

茲領到 \_\_\_\_\_ 先生（女士）看護費用計新台幣 \_\_\_\_\_ 拾 \_\_\_\_\_ 萬 \_\_\_\_\_ 仟 \_\_\_\_\_ 佰 \_\_\_\_\_ 拾 \_\_\_\_\_ 元整，確實無訛。

照顧服務員 簽名或蓋章：

聯絡電話：

身分證或居留證正面影本黏貼處

身分證或居留證反面影本黏貼處

-----以下請醫院填寫-----

茲證明 \_\_\_\_\_ 先生（女士），確實於住院期間（自 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日起至 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日止），僱請專人看護。

本照顧服務員是否為 貴醫院合作之看護公司員工？ 是 否

證明單位：

證明人：

（請醫院主治醫師或護理人員或社工員蓋職名章）

連絡電話：

【以上各項資料若有塗改，需於塗改處押章】

# 新竹縣經濟弱勢老人住院看護費補助

## 代墊收據

茲收到

新竹縣政府補助\_\_\_\_\_（具領單位），

代墊經濟弱勢老人\_\_\_\_\_先生/女士無力負擔住院之看護

費用，新台幣 萬 仟 佰 拾 元整。

此致

新竹縣政府

具領單位：

地址：

聯繫電話：

統一編號：

入帳金融機構戶名：

入帳金融機構帳號：

出納：

會計：

負責人：

機構印章

-----黏貼由存摺封面影本-----

# 新竹縣經濟弱勢老人住院看護費補助

## 收 據

茲收到

新竹縣政府補助經濟弱勢老人\_\_\_\_\_先生/女士住

院看護費用，計新台幣 萬 仟 佰 拾 元整。

此致

新竹縣政府

印章

具領人(個人/代墊人)：

戶籍地址：

聯繫地址：

聯繫電話：

身分證字號：

入帳金融機構：

-----黏貼由存摺封面影本-----