

新竹縣經濟弱勢老人醫療費用補助申請表

一、申請人資料

申請日期： 年 月 日

(一)患者姓名：_____，福利身分別：低收入戶 中低收入戶 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：1.否 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、中低收入戶者免填)

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				
		身分證字號			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																		
6																		

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	醫療費用補助撥付墊付人同意書。(由他人墊付醫療費用者填寫)	
4	診斷證明書正本。(須載明入出院日期)	
5	醫療費用收據正本及依全民健康保險規定應自行負擔費用證明。	
6	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)	
7	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)自行負擔醫療費用(元)-不合補助金額(元)=符合補助金額(元)

_____ - _____ = _____

1. 列冊低收入戶者符合補助金額即為核定補助金額。

2. 中低收入戶或符合中低收入老人生活津貼補助資格者。

符合補助金額(元)-五萬元=核定補助金額(元)

_____ - 50000 = _____

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醫療費用補助 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：_____）代理本人處理經濟弱勢

老人醫療費用申請事宜，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醫療費用補助

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，
因本人無力支付醫療費用，由_____協助墊付醫療費用，
本人同意本次醫療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

新竹縣經濟弱勢老人醫療費用補助

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/女士無力負擔之醫療費

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醫療費用補助

收 據

茲收到

新竹縣政府補助經濟弱勢老人_____先生/女士醫

療費用，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-----