

彰化縣

鄉鎮市中低收入老人傷病醫療暨看護費補助申請調查表

壹、申請人資料（由申請人自填或鄉鎮市公所調查員（村里幹事）代填）

申請日期 年 月 日

一、患者姓名：	電話：						
二、戶籍地址：	縣	鄉鎮市	村	鄰	路	巷	號
	市	市	里		街	弄	樓
三、通訊地址：	縣	鄉鎮市	村	鄰	路	巷	號
	市	市	里		街	弄	樓
四、居住狀況：1. <input type="checkbox"/> 世居 <input type="checkbox"/> 否	年	月	日	由	縣（市）	鄉（鎮市）	遷入
2. 住屋： <input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 租賃 <input type="checkbox"/> 借住							
五、申請項目：1. <input type="checkbox"/> 醫療補助	2. <input type="checkbox"/> 看護補助		3. <input type="checkbox"/> 醫療及看護補助				
六、檢附證明文件：1. 醫療補助： <input type="checkbox"/> 戶籍謄本 1 份 <input type="checkbox"/> 診斷證明書 <input type="checkbox"/> 醫療費用收據 1 份 <input type="checkbox"/> 繳費通知單 1 份 <input type="checkbox"/> 財產及所得證明 份（中低收入老人免附）							
2. 看護補助： <input type="checkbox"/> 戶籍謄本 份 <input type="checkbox"/> 診斷證明書 <input type="checkbox"/> 看護費用收據 份 <input type="checkbox"/> 僱請看護證明 <input type="checkbox"/> 財產及所得證明 份（中低收入老人免附）							
七、申請人姓名：	（蓋章）			簽章，與患者關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 係患者之			
八、申請人通訊地址：	縣	鄉鎮市	村	鄰	路	巷	號
	市	市	里		街	弄	樓

貳、戶內人口及家庭經濟狀況：（由鄉鎮市公所查填，審核單位得依複查事實予以更正。如已列冊本縣中低收入老人生活津貼領取人本欄免填）

口號	稱謂	姓名	性別	出生			健康			工作能力		所享社會保險	職業及平均每月收入			備註	每月收入
				年	月	日	足齡	正常	疾病	殘障	有		無	職業	每月收入		
1	戶長															1. 工作收入 元	
2																2. 房(地)租收入 元	
3																3. 本息收入 元	
4																4. 征屬津貼 元 榮家補助 元	
5																5. 其他 元	
6																總收入 元	

參、初核（由鄉鎮市公所查填）

一、97 年 1 月起列冊為本縣中低收入老人生活津貼領取人（應附公所證明文件）。家庭總收入平均未達當年度每人每月最低生活費標準 1.5 倍 2.5 倍

二、

最低生活費(元)	×	全家總人口(人)	×2.5=	合於補助標準 元	<input type="checkbox"/>	家庭總收入(元)
----------	---	----------	-------	----------	--------------------------	----------

肆、審核（由縣政府查填）

一、符合補助標準：領有中低收入老人生活津貼（應附公所證明文件）。家庭總收入平均未達當年度每人每月最低生活費標準 1.5 倍 2.5 倍

自行負擔醫療費用(元)	—	不合補助金額	=	符合補助金額(元)	×	符合補助金額(元)	×	補助比例	=	核定金額
補助看護費用標準	×	日數	=	核定金額						

二、不符補助標準：全家月入超過最低生活費 2.5 倍 全家人口存款本金及投資超過一定數額 全家人口之土地及房屋價值超過六百五十萬元整 醫療、看護費不符補助規定

鄉鎮市公所或救助機構初核簽章				彰化縣政府審核簽章			
調查員	承辦員	業務主管	機關首長	承辦員	科長	業務主管	機關首長