

屏東縣低收入及中低收入老人傷病住院看護費補助申請書

填表日期： 年 月 日

申請人姓名		蓋章		性別		出生年月日	
				身分證字號			
地址						聯絡電話	
代理人姓名		蓋章		與申請人關係			
				身分證字號			
地址						聯絡電話	
應備證件	<input type="checkbox"/> 1. 低收入戶或中低收入老人證明書。 <input type="checkbox"/> 2. 申請人身分證影本或全戶戶口名簿影本。 <input type="checkbox"/> 3. 最近三個月醫院開具之診斷證明書正本（需載明入、出院日期）。 <input type="checkbox"/> 4. 看護費用收據正本（需由主治醫師、護理人員或社工人員核章）。 <input type="checkbox"/> 5. 醫院之主治醫師、護理人員或社工人員出具之需僱請專人看護證明正本，診斷證明書上同時敘明實際僱請期間者免附。 <input type="checkbox"/> 6. 照顧服務員身分證影本及其照顧服務員職前訓練結業證書（或丙級技術士證照）影本。 <input type="checkbox"/> 7. 可供撥款存摺封面影本（勿提供專戶存摺）、領據、切結書（補助款為本人請領則免付）。 <input type="checkbox"/> 8. 其他（請列舉）。						
看護日期	自 年 月 日起至 年 月 日止（共計 日）						
鄉（鎮、市）公所初審意見	<input type="checkbox"/> 符合補助規定： 補助新台幣 萬 仟 佰 元整 <input type="checkbox"/> 不符合補助規定： _____ _____ 承辦人： 課長： 秘書： 鄉（鎮、市）長：			縣政府覆審意見	<input type="checkbox"/> 符合補助規定： 補助新台幣 萬 仟 佰 元整 <input type="checkbox"/> 不符合補助規定： _____ _____ 承辦人： 科長： 處長：		
備註	1. 領款人郵局存摺封面影本務須清楚。 2. 申請時請一併檢附領款人收據（收據與帳號需為同一人）。 3. 各項應附表件及應填項目填寫不完全者，予以退件。						