

# 屏東縣中低收入老人醫療補助申請查定表

一、申請人資料：

申請日期： 年 月 日

1、患者姓名： 蓋章： 身份證字號： 電話：

2、戶籍地址：屏東縣市 鄉鎮市區 村里 鄰 路街 巷 弄 號 樓

3、通訊地址： 縣市 鄉鎮市區 村里 鄰 路街 巷 弄 號 樓

4、居住狀況： 1. 世居 否 年 月 日由 縣(市) 鄉(鎮市區)遷入  
2. 住屋：自有 租賃 借住

5、應附資料：全民健康保險特約醫院診所之自付費用收據正本、診斷證明書。

6、申請人姓名： 蓋章 ，與患者關係：本人 係患者之\_\_\_\_\_ 電話：

7、通訊地址： 縣市 鄉鎮市區 村里 鄰 路街 巷 弄 號 樓

8、戶內人口及經濟狀況：

序 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	無 (原因)			
1	戶 長																		
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			

二、審核：

1、 

最低生活費(元)
----------

 × 

全案總人口(人)
----------

 × 

補助標準(倍)
倍

 = 

補助標準金額
倍

家庭總收入
-------

2、符合補助標準：最低生活費未超過 1.5 倍，最低生活費未超過 2.5 倍

3、 

自行負擔醫療費用(元)
-------------

 - 

不符合補助金額
---------

 = 

符合補助金額(元)
-----------

 × 

符合補助金額(元)
-----------

 × 

補助比例
------

 = 

核定補助金額(元)
-----------

4、不符合補助標準：不符中低收入老人 1.5 倍及 2.5 倍資格  
醫療費不符合補助規定

初 核 簽 章			審 核 簽 章		
承 辦 人	業 務 主 管	機 關 首 長	承 辦 人	業 務 主 管	機 關 首 長

註： 1. 申請人資料由申請人自填或受理單位(鄉鎮市區公所、救濟機構)承辦人代填。  
2. 戶內人口及家庭經濟狀況、審核欄第一、二項，由鄉(鎮市區)公所或救濟機構(社工員)查填，審核單得依複查事實與已更正。  
3. 初核欄由鄉(鎮市區)公所或救濟機構，審核欄由縣(市)政府分別辦理。