

雲林縣中低收入老人醫療暨住院看護費用補助計畫

112 年 12 月 20 日府社老一字第 1122671081 號函訂定

114 年 06 月 25 日府社老一字第 1142641972 號函修正

一、目的

雲林縣政府(以下簡稱本府)為辦理老人福利法第 5 條第 3 款及第 22 條規定事項，保障本縣老人就醫權益、維護老人身心健康，針對經濟弱勢之老人無力負擔傷病醫療或住院期間看護費用者進行補助。

二、補助標準及項目：

(一) 補助對象及資格：設籍本縣之老人，並領有中低收入老人生活津貼者。

(二) 補助項目：

1. 醫療費用：最近 3 個月內應自行負擔疾病、傷害之醫療費用累計超過新臺幣(下同) 3 萬元整，且未獲其他單位醫療補助或保險給付者。但不含義肢、義眼、義齒、配鏡、鑲牙、整容、整形、病人運輸、指定醫師、特別護士、指定藥品材料費、掛號費、伙(膳)食費、開立證明書(診斷書)費、其他費、疾病預防與非因疾病而施行預防之手術或節育結紮，以及住院期間之看護費、**指定**病房費。
2. 住院看護費用：最近 3 個月內因傷病，住院期間經醫師證明需 24 小時僱專人看護，費用非其本人或扶養義務人所能負擔者，且未獲其他單位補助或保險給付者。

(三) 補助標準：

1. 醫療費用：

- (1) 列冊中低收入老人 1.5 倍(含)以下者，就應自行負擔醫療費用超過 3 萬元之部分，補助百分之七十，每人每年最高補助 3 萬元。
- (2) 列冊中低收入老人 1.5~2.5 倍者，就應自行負擔醫療費用超過 3 萬元之部分，補助百分之五十，每人每年最高補助 2 萬元。
- (3) 醫療費用補助，以在合法設立之醫療院所就診者為限。

2. 看護費用：

- (1) 列冊低收入戶老人者，每人每日補助住院看護費用 1,800 元，每年最高補助 3 萬 6,000 元為限。
- (2) 列冊中低收入老人 1.5 倍者，每人每日補助住院看護費用 1,200 元，每年最高補助 3 萬元為限。

(3)列冊中低收入老人 1.5~2.5 倍者，每人每日補助住院看護費用 950 元，每年最高補助 1 萬 5,000 元為限。

(4)看護費用之補助，以領有照顧服務員相關證明者為限。

(四) 申請應備文件：

1. 雲林縣中低收入老人醫療暨住院看護費用補助申請表[附表一]
2. 中低收入老人醫療暨住院看護費用補助領據[附表二]
3. 醫療需使用自費項目說明(申請醫療費用補助適用) [附表三]
4. 住院期間需專人照顧證明書(申請住院看護費用補助適用) [附表四]
5. 看護費用收據(申請住院看護費用補助適用) [附表五]
6. 切結書(受補助人委託他人代墊費用時適用)[附表六]
7. 受補助人身分證正反面影本
8. 符合中低收入老人補助標準之相關證明文件
9. 醫院最近 3 個月內診斷證明書
10. 入帳帳戶之存摺封面影本
11. 醫療或住院看護費用明細之收據及證明文件、看護費千分之四印花
12. 照顧服務員之相關資料(申請住院看護費用補助適用)

三、實施日期：自當年度 1 月 1 日至 12 月 31 日（申請案最晚於當年度 12 月 15 日函送縣府）。

四、本計畫自發布日實施，修正時亦同。

附表一

雲林縣中低收入老人醫療暨住院看護費用補助申請表							
原住民： ☐ 是 ☐ 否				申請日期： 年 月 日			
申請人		性 別		身分證字號		電話	
		生 日		住 址			
代理人 申請人		與申請人 關 係		身分證字號		電話	
				住 址			
申請人 資 格	☐ 低收入戶 ☐ 中低老最低生活費 1.5 倍以下 ☐ 中低老最低生活費 1.5~2.5 倍			補 助 款	郵局/支局 行庫/分行 名 稱	-	
				入 帳	戶 名		
				帳 號	帳 號		
				※非郵局帳號入帳者需依銀行行庫規定自付手續費			
申請人 簽 名 或 蓋 章				代 理 人 簽 名 或 蓋 章			
審核：(單位元) 醫療費用 自行負擔醫療費用 符合補助金額 - 不合補助金額 補助比例 = 符合補助金額 符合補助金額 核定補助金額 × 核定補助金額 = 核定補助金額							

附表二（單位或個人）

收 據

_____先生（女士）中低老人

- ☐ 低收入戶
☐ 中低老最低生活費 1.5 倍以下
☐ 中低老最低生活費 1.5~2.5 倍

茲向 雲 林 縣 政 府 領到

- ☐ 醫療費用
☐ 住院看護費用

補助款新臺幣_____萬_____仟_____佰_____拾_____元整，確實無訛。

此 致

雲林縣政府

具領單位/具領人： (簽名或蓋章)

立案字號：

統一編號/身分證字號：

負責人：

會計：

出納：

地址：

聯絡電話：

聯絡傳真：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【備註】具領人為個人者，僅需填寫「具領人」、「身分證字號」、「地址」及「聯絡電話」等欄位；具領為單位者，請詳填各欄位。

醫療需使用自費項目說明

茲證明申請人_____先生（女士）於_____年

_____月_____日至_____月_____日因_____

在本院接受治療，因病情之治療確已無其他健保給付項目可供替代，而必須使用（施行）健保無給付之自費項目，醫師本於專業之知識與訓練，認自費項目係用於本次醫療並確有其醫療必要性，非使用於與本病情無關之用途。

此 致

雲林縣政府

醫師：

（簽名或蓋章）

醫療院所：

（醫院印鑑）

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

自費項目一覽表

※ 若醫院已開立自費項目明細表，可用醫院開立之自費項目明細表代替本一覽表，由醫院開立之自費項目明細表請先用中文表示項目名稱，若無，再使用英文，另材料費請分別敘明係一般材料或特殊材料。

編號	自費項目名稱	單價	備註

醫師：

（簽名或蓋章）

（本表格可自行複印延伸使用，另請註明「以下空白」字樣）

住院期間需專人照顧證明書

茲證明申請人_____先生（女士），因
_____住院，自_____年_____月_____日起至
年_____月_____日止計_____日，僱請專人照顧看護。

此 證

證明人：

單位：

職 稱：

姓 名：

簽名或蓋章

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

看護費用收據

茲領到_____先生（女士）支付自_____年
_____月_____日起至_____年_____月_____日止，計
_____日中低收入老人住院看護費用，每日新臺幣_____元，共計新臺幣_____萬_____仟
_____佰_____拾_____元整，確實無訛。

此 據

具領人：

蓋章：

住址：_____縣、_____鄉鎮市_____村里
_____路街_____段巷_____號

身分證字號：

電話：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

附表六

切 結 書

_____ (先生、女士)自 _____年 _____月 _____日至
_____年 _____月 _____日至醫院治療(受看護日期 _____年 _____月 _____日至
_____年 _____月 _____日，計 _____日)茲向雲林縣政府申請中低收老人
☐ 醫 療 費 用
☐ 住 院 看 護 費 用 補 助，因費用龐大本人無法負擔，
全由 _____先行代墊(與申請人為 _____關係)，補助款請

逕撥入戶名： _____，

☐ _____郵局，局號： _____帳號： _____
☐ _____銀行— _____分行，帳號： _____

特立此據以資證明，日後將不得有任何異議。(除郵局外，其他行庫轉帳需自付
手續費)

以上所敘，如不實願受法律責任

立書切結人：

蓋章：

身分證字號：

電話：

地址：

具領人：

蓋章：

身分證字號/統一編號：

電話：

地址：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日