

# 雲林鄉親急難醫療專案補助審核作業規定

## (雲林縣鄉親專案)

自中華民國 113 年 11 月 18 日生效

一、補助對象：設籍本縣而有下列情形之一者：

- ★戶籍設籍 183 天以上，且實際居住在(雲林縣內鄉親)
- ★因病情嚴重但無力支付醫療費用，且未達到申請政府醫療補助者，提供小額急難醫療協助。(事件發生家庭，年度僅能申請一次)

(一) 中低收入戶之傷、病患者。

(二) 非屬前款患嚴重傷、病，家庭總收入平均未達當年度每人每月最低生活費一點五倍，所需醫療費用非其本人或扶養義務人所能負擔者。

前項第二款動產限額為平均每人每年未超過新臺幣十五萬元，不動產限額新臺幣六百五十萬元；家庭應計人口，依據社會救助法第五條之規定。

- 依第一項第一款規定申請者，以最近三個月內所花費之醫療費用累計達新臺幣三萬元以下/五千元以上者為限。依第一項第二款規定申請者，以最近三個月內所花費之醫療費用累計達新臺幣五萬元以下/一萬元以上者為限。

二、補助項目：

自行負擔之醫療費用，以因疾病、傷害事故就醫所生全民健康保險之部分負擔醫療費用或健康保險給付未涵蓋之醫療費用為限，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、疾病預防與非病因素而施行預防之手術或節育結紮，及住院期間之看護費、指定病房費。

三、補助標準：

(一) 屬於第一點第一項第一款者，補助百分之八十。

(補助上限 2 萬元)

(二) 屬於第一點第一項第二款者，補助百分之七十。

(補助上限 1 萬元)

#### 四、申請程序：

(一) 申請人應於出院或就醫三個月內，檢附下列文件，向戶籍所在地之鄉（鎮、市）公所提出申請。

1. 申請人領款收據。(正本)
2. 申請人存摺封面。(影本)
3. 醫療院所開具之診斷證明書。(正本)
4. 全民健康保險特約醫院或診所之自付費用收據。(正本)
5. 全戶戶籍謄本。(正本/影本)
6. 非低收入戶及非中低收入戶者，須檢附全戶財產（動產及不動產）證明及稅賦證明。(正本/影本)
7. 申請人已死亡者，得由其全體繼承人出具委任書，委任其中一人或他人代為申請或具領。(正本)
8. 申請人因故無法親自申請者，得由受委託人持委託書、身分證明文件代為申請，受委託人應以家屬為原則；申請人安置於醫療院所或收容機構者，例外得由醫療院所或收容機構代為提出申請。但由里幹事或社工員代為申請者，可免附委託書。

(二) 鄉（鎮、市）公所受理申請時，請就相關文件予以初核，符合條件者即填造申請表函報財團法人台北市信華慈善基金會(以下簡稱本會)複核。

(三) 本會於收到申請文件後，應儘速核定，經審定符合補助資格者，應即依規定辦理補助費之核發。

(四) 補助款發放方式：本會工作人員視情況進行關懷訪視，及進行善款(現場發放/匯款)。

#### 五、案件受理規定

##### 案件可受理情形

(一) 經鄉鎮市公所初審通過案件。

(二) 年底仍有經費，最後可受理案件日期：該年度 12 月 15 日前送達政府案件。

(三) 急難/醫療事由與佐證資料(符合/無缺少)，視情況現場關懷訪

視及電訪。

(四)帳戶正常/非警示帳戶者，可提供(郵局或國泰世華)擇一帳戶影本。

(五)接受救助款/補助案主，依撥款日列入當年度收入所得。

(六)佐證資料有缺少(最晚 2 星期內需補齊文件，補齊文件起才算正式初審/複審受理，但前提不得超過 12 月 15 日、並且尚有經費救助才可受理)。

### 案件不受理情形

(一)本年度受過信華慈善基金會急難救助過『同戶籍地址』家庭，不適用。(雲林鄉親急難救助專案、雲林鄉親急難醫療專案)，**但不含特殊情況基金會專案核准救助案件。**

(二)文件與申請事由不符合。

(三)核准補助案件/採先到先補助，申請方案經費用盡無法補助情形。

(四)警示帳戶申請者，但不含特殊情況基金會專案核准救助案件。

(五)**初審**未通過-由各公所自行將資料返還申請者；**複審**未通過-由台北市信華慈善基金會，電話告知並已掛號方式返還申請者。

六、申請人如以虛偽不實之申請接受補助或重複申請者應即停止補助，並追回其已領之費用，涉及刑事責任者，移送法辦。

七、**本規定所需經費由本會編列預算支應。**

●113 年度預算/50 萬 (依據本會為此專案勸募情形，不定期追加)

●114 年度預算/50 萬 (依據本會為此專案勸募情形，不定期追加)

●115 年之後專案預算，前一年 12 月 25 日公佈。

## 雲林鄉親急難醫療專案補助應檢附證明文件

- 一、醫療費用補助申請表（附表一）
- 二、申請人領款收據（附表二）
- 三、申請人存摺封面影本。（代領人如非親屬或繼承人，應為住院醫療院所、收容機構或提供申請人看護服務單位，請檢附切結書及身分證影本；醫療院所、收容機構或提供申請人看護服務單位代墊時，由申請人檢附切結書、代墊醫療院所、收容機構或提供申請人看護服務單位代墊費用領據及存摺封面影本，經本會核准後，將補助款核撥予代墊醫療院所、收容機構或提供申請人看護服務單位）
- 四、醫療院所開具之診斷證明書。
- 五、醫療費用收據正本（若收據正本遺失請檢具未向其他單位申請補助之切結書）。
- 六、非低收入戶及非中低收入戶醫療補助調查表。
- 七、全戶戶籍謄本。
- 八、證明書-如收據上有材料費及藥品費必須檢附「證明書」(附表三)。

附表一

<h2 style="margin: 0;">雲林鄉親急難醫療專案費用補助申請表</h2>										
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	<input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 最低生活費 1.5 倍以下且每人每 年動產限額 15 萬元及全戶不動 產限額 650 萬元			補助款入帳 郵局帳號	局號					
					帳號					
住 院 日 期	自    年    月    日起 至    年    月    日止計    日			申 請 人 簽 章						
				代 理 人 簽 章						
審核：(單位元)										
自行負擔醫療費用	不合補助金額	符合補助金額	符合補助金額	補助比例	核定補助金額					
	-		=		×		=			
鄉(鎮、市)公所初核簽章					財團法人台北市信華慈善基金會審核簽章					
承辦人	課長	鄉鎮市長	經辦			會計	負責人			

附表二（單位及個人）

## 收 據

茲向財團法人台北市  
信華慈善基金會領到

- 中低收入戶  
 最低生活費 1.5 倍以下且每人每年動產限額 15 萬元及全戶不動產限額 650 萬元

\_\_\_\_\_君 醫療費用補助

補助款新臺幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整，確實無訛。

此 致

財團法人台北市信華慈善基金會

具領單位/具領人： (簽章)

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。

附表三

## 證 明 書

病患姓名\_\_\_\_\_於 年 月 日至 月 日因

疾病名稱\_\_\_\_\_在本院接受治療，因病情需要而使用（施行）健保無給付自費材料費、藥品費等項目，經專業評估後，該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，醫師本於專業知識與訓練，認定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。

醫師：

（簽章）

中 華 民 國 年 月 日

切 結 書

\_\_\_\_\_ (先生、小姐)自 年 月 日至 年  
月 日住院，茲向財團法人台北市信華慈善基金會申請雲林鄉親醫  
療專案費用補助，因本人不慎將 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_醫院之正本收據遺失，今補發收據申請編號：

，故補發收據蓋與正本相符之章，收據正本未做任何社會  
保險給付或賠償金之用，特立此據以資證明。

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：

中 華 民 國 年 月 日



# 切 結 書

\_\_\_\_\_ ( 先生、小姐 ) 自 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日至 \_\_\_\_\_ 年

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日住院治療，茲向財團法人台北市信華慈善基金會申請雲林鄉親急難醫療專案費用補助，因醫療費用龐大本人無法負擔，且醫療費用全由 \_\_\_\_\_

( 先生、小姐、醫院 ) 代墊，與申請人\_\_\_\_\_ 關

係，故醫療補助款請逕撥入

戶名： \_\_\_\_\_

郵局，

局號：

帳號： \_\_\_\_\_

特立此據以資證明，日後將不得有任何異議。

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：

電話：

地址：

中 華 民 國

年

月

日

## 申請雲林鄉親急難醫療專案補助調查切結書

本人\_\_\_\_\_申請雲林鄉親急難醫療專案補助調查，願依規定切結下列事項：

1. 本人同意不同意審查單位查調所需之各項資料，如戶籍、財產、投資、稅籍、投保、監管、入出境及其他必要之資料。

2. 本人未重複請領政府發放之同性質之津貼或補助。

3. 本人無有確實居住本縣，所檢附之戶籍謄本為全家人口屬實無訛。

4. 戶內人口調查：

(1) 本人之父親\_\_\_\_\_ (存、歿)，母親\_\_\_\_\_ (存、歿)。

(2) 本人確實生(養)育兒子計\_\_名(已歿\_\_名)；(養)育女兒計\_\_名(已出嫁女兒\_\_名，已歿\_\_名)。

5. 應計人口\_\_\_\_\_共計\_\_名具領

老農津貼敬老津貼退休(役)俸\_\_\_\_\_元其他津貼\_\_\_\_\_元

6. 應計人口開設金融帳戶情形：

(1) 本人應計人口\_\_\_\_\_等\_\_人，確實未開設帳戶且無存款屬實。

(2) 應計人口開設金融帳戶之調查：

a. \_\_\_\_\_有郵局農會其他：\_\_\_\_\_。

b. \_\_\_\_\_有郵局農會其他：\_\_\_\_\_。

c. \_\_\_\_\_有郵局農會其他：\_\_\_\_\_。

d. \_\_\_\_\_有郵局農會其他：\_\_\_\_\_。

e. \_\_\_\_\_有郵局農會其他：\_\_\_\_\_。

f. \_\_\_\_\_有郵局農會其他：\_\_\_\_\_。

\*戶內人口除上述各金融帳號外，確實無其他開設帳號。

依社會救助法第九條規定，以上所敘述及提供之資料，如有隱匿或其他不實情事，本人除願全數繳還溢領之款項外，並願負法律責任。

此致

雲林縣政府

申請日期： 年 月 日 (若有塗改，塗改處請蓋章)

立切結書人： (簽章)

身分證字號：

戶籍住址：

聯絡電話：