

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		身分證字號		電話	
		關係		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 核定補助金額 住院看護費用 住院看護費用補助標準 核定補助金額 × 日數 = 核定補助金額							
鄉 (鎮、市) 公所初核簽章				縣府審核簽章			
承辦人 課長 鄉鎮市長				承辦人 科長 處長			

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____年____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

附表五

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