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 | 補助款入帳帳號 | 郵局/支局行庫/分行名 稱 | - |
| 戶名 |  |
| 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**＝ |
| ×住院看護費用補助標準日數**核定補助金額**＝住院看護費用 |
| 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**

□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

 先生（女士）中低老人

□醫療費用

□住院看護費用

茲向 雲 林 縣 政 府 領到

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。

附表三

 **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)

附表四

**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)，補助款請逕撥入户名： ，

* 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：沈錫漳 　　 蓋章：

身分證字號：p100302084

電話：(05)5970518

地址：

具領人：沈錫漳 　 蓋章：

身分證字號/統一編號：p100302084

電話：(05)5970518

地址：斗里1新

中 華 民 國 年 月 日