

附表一

雲林縣中低收入老人重病醫療暨住院看護補助申請表

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	☐ 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 ☐ 領有榮民院外就養金之榮民符合中低老資格者			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

看護費用

看護費用補助標準	×	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（單位及個人）

收 據

茲向雲林縣政府領到

- ☐ 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
☐ 領有榮民院外就養金且符合中低老資格者

☐ 重病醫療費用

☐ 住院看護費用

補助款新台幣_____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_____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

(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：

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
_____日中低收入老人重病住院看護費用，每日新臺
幣新臺幣_____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：

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入老人

☐ 重病醫療費用

☐ 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