

雲林縣低收入戶及中低收入戶住院看護費補助實施要點

中華民國 100 年 6 月 24 日府社助字第 1000609148 號函訂定

中華民國 110 年 8 月 9 日府社救一字第 1102642870 號函修正

第四點、第五點、第六點

中華民國 110 年 11 月 17 日府社救一字第 1102649968 號函修正

第四點、第五點、第六點，並自 110 年 8 月 9 日生效

- 一、依據：社會救助法第十六條。
- 二、目的：為照顧本縣低收入戶及中低收入戶，減輕其自行負擔之傷病醫療住院看護費用，協助其獲得妥善之照護。
- 三、補助對象：設籍本縣，未滿六十五歲之低收入戶及中低收入戶，罹患嚴重傷病住院治療，無力負擔應自行負擔之住院看護費用者。
- 四、補助原則：以申請人住院期間，經醫師證明需聘僱專人看護者為限，如為中低收入戶者，其當月自行負擔之住院看護費用需累計超過三萬元或最近三個月累計超過五萬元以上。
- 五、補助標準：低收入戶依支出之看護費用核實補助，每人每日最高補助一千元，一年內最高補助十八萬元。中低收入戶依支出之看護費用核實補助，每人每日最高補助五百元，一年內最高補助九萬元。
- 六、申請程序：
 - (一) 申請人應於住院或出院日起三個月內，填具申請書並檢具下列表件，逕向戶籍所在地之鄉（鎮、市）公所提出申請。
 1. 申請人領款收據。
 2. 申請人存摺封面影本。
 3. 醫療院所開具之診斷證明書。（須經醫師證明該病住院期間確需聘僱專人看護）
 4. 申請人僱請專人看護之證明。
 5. 看護費用收據正本（附看護者身分證影本、看護訓練證書）。

6. 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。

7. 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。但由里幹事或本府社會處社工員代為申請者，可免附委託書。

(二) 鄉(鎮、市)公所受理申請時，應就相關文件予以初核，符合條件者即填造申請表函報雲林縣政府(以下簡稱本府)複核。

(三) 本府於收到申請文件後，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。

七、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。

八、本要點所需經費，本府編列預算支應。

應檢附證明文件：

- 一、住院看護費補助申請表。(附表一)
- 二、申請人領款收據。(附表二)
- 三、申請人存摺封面影本。(帳號須清晰以利轉帳，代領者如非親屬或繼承人，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，經雲林縣政府核准後，將補助款核予代墊醫療院所、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。(須醫師證明該病住院期間確需聘僱專人看護)
- 五、申請人僱請專人看護證明書。(附表三)
- 六、住院看護費收據(附看護人身分證影本、看護訓練證書)。(附表四)
- 七、補助標準：
 - (一) 列冊低收入戶依支出之看護費用核實補助，每人每日最高補助一千元，一年內最高補助十八萬元。
 - (二) 中低收入戶依支出之看護用核實補助，每人每日補助五百元，一年內最高補助九萬元。

附表一

雲林縣低收入戶及中低收入戶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 ☐ 中低收入戶				補助款入帳	局號											
					郵局帳號	帳號											
受看護 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) 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 ☐ 住院看護費用
☐ 老人住院看護費用
☐ 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
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

茲證明申請人 先生（女士），因 （病
名） 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

附表四

看護費用收據

茲領到

先生
女士 支付自

年 月

日起至 年 月 日 計 日，住院看護費用，

每日 仟 佰元，共計新臺幣 拾 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