

雲林縣低收入戶及中低收入戶老人住院看護補助 實施要點

中華民國 100 年 6 月 24 日府社救字第 1000609215 號函訂定，

並自 100 年 7 月 1 日生效

中華民國 110 年 8 月 9 日府社救一字第 1102642955 號函修正

第三點、第五點

中華民國 110 年 9 月 24 日府社救一字第 1102649964 號函

修正第三點、第五點，並自 110 年 8 月 9 日生效

- 一、為照顧本縣低收入戶及中低收入戶老人，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顧，特訂定本補助實施要點。
- 二、補助對象：設籍本縣六十五歲以上低收入戶及中低收入戶之老人，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。
- 三、補助原則：申請人於住院期間，經醫師證明須聘僱專人看護者為限，且其應於住院或出院日起三個月內提出申請。
- 四、補助標準：每人每日最高補助一千八百元，一年內最高補助十八萬元。
- 五、申請程序及應備之書件：
 - (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，經審訂符合補助者，應即依規定辦理補助費之核發。

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、本要點所需經費由本府編列預算支應。

八、本要點自頒發日施行。

應檢附證明文件

- 一、低收入戶及中低收入戶老人住院看護費用補助申請表。(附表一)
- 二、申請人領款收據。(附表二)
- 三、申請人存摺封面影本。(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、低收入戶及中低收入戶老人住院看護費收據(附看護人身分證影本、看護訓練證書)。(附表四)
- 七、補助標準：中低收入戶，每人每日最高補助一千八百元，一年內最高補助十八萬元。

附表一

雲林縣低收入戶及中低收入戶老人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

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