

雲林縣低收入戶及中低收入戶住院看護費補助實施要點

100 年 6 月 21 日府社助字第 1000609148 號函頒

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，經醫師證明需聘雇專人看護者為限，如為中低收入戶者，其每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：低收入戶每人每日最高補助一千元，無日數限制。中低收入戶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. 本人郵局帳號封面影本。
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雇專人看護）
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. 全戶戶籍謄本。

7. 當年度低收入戶證明或中低收入戶證明。

（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、 本人郵局帳號封面影本。(帳號須清晰以利轉帳，代領者如非直系血親或配偶，請檢附切結書及身分證影本)
- 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、全戶戶籍謄本。
- 八、當年度低收入戶證明或中低收入戶證明。
- 十、 補助標準：
 - (一) 列冊低收入戶每人每日補助 1000 元，無日數限制。
 - (二) 中低收入戶每人每日補助 500 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 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

補助款新台幣 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。

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，共計新台幣
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