

雲林縣低收入戶及中低收入老人住院看護補助實施要點

100年6月22日府社助字第1000609215號函頒

- 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，且其應須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. 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. 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、中低收入戶老人重病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、中低收入戶老人重病住院看護費收據(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。
- 九、補助標準：中低收入戶，每人每日最高補助 1800 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： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 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) <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; gap: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">看護費用補助標準</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">日 數</div> <div style="font-size: 24px;">×</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">核定補助金額</div> <div style="font-size: 24px;">=</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>										
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。

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} 支付自 年 月
^{女士}
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