

臺北市弱勢兒童及少年醫療補助－住院期間看護費補助申請表暨看護服務證明書

兒童或少年基本資料	姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	民國 年 月 日	
	身分證字號		福利身分	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 領取本市弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助 <input type="checkbox"/> 其他			
	戶 籍 地	臺北市 區 里 路(街) 段 巷 弄 號 樓之					
	住 居 地	<input type="checkbox"/> 同戶籍地 市 區 里 路(街) 段 巷 弄 號 樓之					
	公文寄送地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地 <input type="checkbox"/> 同住居地					

住院之醫療院所		看護費用	元
---------	--	------	---

本年度係第幾次申請	第 次	前(幾)次已補助(累計)金額 (如係第一次申請可免填寫)	元
-----------	-----	---------------------------------	---

申請人基本資料	姓名 (機構名稱)		身分證字號 (統一編號)		
	連絡電話	市話：_____ 手機：_____			
	與兒少關係	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 法定監護人 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 委託安置機構			

申已(檢附應者自備打檢文勾查)申請人	<p>必備文件：</p> <p>(一) 申請資料</p> <input type="checkbox"/> 具領人之金融機構存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 診斷證明書正本 <input type="checkbox"/> 近6個月內住院期間看護費用收據正本(逾6個月以上不受理) <p>(二) 財力證明</p> <input type="checkbox"/> (中)低收入戶證明影本(無則免附) <input type="checkbox"/> 本市弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助(無則免付) <input type="checkbox"/> 近一年度所得及財產資料(請詳申請注意事項2.) <p>(三) 其他證明文件</p> <input type="checkbox"/> 看護服務證明書正本(如後頁) <input type="checkbox"/> 照顧服務員身分證正、反面或居留證影本(請黏貼於表背看護服務證明書) <input type="checkbox"/> 照顧服務員資格證明文件影本
--------------------	--

***申請注意事項：**

1. 本補助與本市臨時看護補助、居家照顧服務補助於同時段不得重覆領取。
2. 如無低收入戶、中低收入戶或領有本市弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助之福利身分，請檢附最近一年度所得及財產資料，**查調範圍為被申請人(即兒童或少年)及實際同住之直系血親**；申調方式請就近至各地方國稅局或稅捐稽徵處申請，請詳閱財政部國稅局網站 > 查調財產所得全攻略。或簽具本局委請代查財稅切結書。

本(申請)人保證上述所填各項資料及所附文件均為真實，且同意配合社會局或相關單位之家庭訪視評估，並知悉提供不實資料及違反相關法令之後果，本申請之醫療補助款項若經社會局審核通過並核撥至指定帳戶內，日後若有任何具領爭議或可歸責於己之事由，除繳回所領金額並自負一切法律責任。

*申請人簽章：_____ 申請日期： 年 月 日

看護服務證明書

本人 _____ 為合格照顧服務員，於 _____ 醫院提供
 病患 _____ 看護服務之狀況如下：

(※請確實填寫月、日、時，以利審查作業)

看 護 時 間 起 迄					班 別	班 別 單 價	小 計 金 額				
自	年	月	日	時	<input type="checkbox"/> 全 (24小時) <input type="checkbox"/> 日 (12小時) <input type="checkbox"/> 夜 (12小時)						
至	年	月	日	時							
自	年	月	日	時	<input type="checkbox"/> 全 (24小時) <input type="checkbox"/> 日 (12小時) <input type="checkbox"/> 夜 (12小時)						
至	年	月	日	時							
自	年	月	日	時	<input type="checkbox"/> 全 (24小時) <input type="checkbox"/> 日 (12小時) <input type="checkbox"/> 夜 (12小時)						
至	年	月	日	時							
總日數計		日	總計金額新台幣					萬	仟	佰	拾元整
照顧服務員 <u>簽名或蓋章</u> ：					聯絡電話：						

經確認，上述看護期間確為 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日

證明人： _____ 【請蓋職章】

一、證明人以醫療院所之醫師、護理人員或社會工作人員所出具證明為限。

二、本證明書僅供向公部門申請社會救助使用。

【以上各項資料若有塗改，需於塗改處押章】

照顧服務員身分證正反面或居留證影本黏貼處