

# 臺北市臨時看護補助申請書

112年7月3日起適用

申請人 (住院者) 資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	申請 資格	<input type="checkbox"/> 低收入戶
	出生日期	民國 年 月 日	聯絡電話			<input type="checkbox"/> 中低收入老人
	身分證字號		就醫醫療院		養護 機構	<input type="checkbox"/> 社會局輔導中個案
	公文送達地址					

	照顧服務員姓名	看護日期	班別	日數	班別單價	小計
照顧服務員提供看護情形		月 日 時 至 月 日 時	<input type="checkbox"/> 全 (24 小時) <input type="checkbox"/> 日 (12 小時) <input type="checkbox"/> 夜 (12 小時)			
		月 日 時 至 月 日 時	<input type="checkbox"/> 全 (24 小時) <input type="checkbox"/> 日 (12 小時) <input type="checkbox"/> 夜 (12 小時)			
		月 日 時 至 月 日 時	<input type="checkbox"/> 全 (24 小時) <input type="checkbox"/> 日 (12 小時) <input type="checkbox"/> 夜 (12 小時)			

如經核准請將款項撥入以下指定帳戶：

帳戶名稱： \_\_\_\_\_ 金融機構名稱： \_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_ 分行  
 存戶帳號： \_\_\_\_\_  郵局  
 該帳戶所有人與申請者關係：看護公司 安置機構 醫院 親友 本人 照顧服務員  
 該帳戶所有人聯絡地址： \_\_\_\_\_

**申請注意事項：**

1. 申請本補助應備文件如下：
  - 申請書正本 看護服務證明書正本 診斷證明書正本 上述指定帳戶存摺封面影本
  - 照顧服務員身分證正、反面影本或居留證影本 照顧服務員資格證明文件
  - 照顧服務員工作證影本（外籍或大陸籍配偶免附）看護費用收據正本
2. 本補助應於照顧服務員提供看護服務結束日起三個月內提出申請，逾期不予補助。
3. 本補助與中低收入老人特別照顧津貼、居家照顧服務補助、老人或身心障礙者日間照顧服務補助、家庭托顧服務補助及身心障礙者臨時及短期照顧服務於同時段不得重覆領取。
4. 如為委任他人代為申請，除檢具代理申請委任書，受委任人亦將以上內容詳告申請人。

本人已仔細閱讀申請注意事項且保證上述所填各項資料及所附文件均為真實，並知悉提供不實資料及違反相關法令之後果，若有可歸責於己之事由，除繳回所領金額並自負一切法律責任。

**申請人(住院者)簽章：**       申請日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

**代理申請委任書**

委任人（即申請人）： \_\_\_\_\_ **【簽章】** 茲已瞭解並將有關申請臺北市臨時看護補助關事宜，  
 委託受委任人： \_\_\_\_\_ **【簽章】**（關係： \_\_\_\_\_）代為申請，如有糾紛，概由委任人與  
 受委任人自行議處；如有因虛報不實而查獲者，雙方並負相關法律責任。      中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

審 核	受理 單位 初審 意見	受理案件日期：        年        月        日 本案初審結果如下： <input type="checkbox"/> 不予補助：(原因： <input type="checkbox"/> 同意補助							
	年    月    日至    年    月    日，共    日，每日    元，共    元 年    月    日至    年    月    日，共    日，每日    元，共    元 年    月    日至    年    月    日，共    日，每日    元，共    元								
	總計        萬        仟        佰        拾元整    本年度累計(含本次)        元								
結 果	社會 局 複 審 意 見	<input type="checkbox"/> 同意依初審意見核予補助 <input type="checkbox"/> 修正補助結果如後：							
	年    月    日至    年    月    日，共    日，每日    元，共    元 年    月    日至    年    月    日，共    日，每日    元，共    元 年    月    日至    年    月    日，共    日，每日    元，共    元								
	總計        萬        仟        佰        拾元整    本年度累計(含本次)        元								
		承辦人				複核主管			

-----存摺影本請黏貼於下方空白處-----

# 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：

看 護 時 間 起 迄	班 別	班 別 單 價	小 計 金 額
自 年 月 日 時 至 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)		
自 年 月 日 時 至 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)		
自 年 月 日 時 至 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)		
總計金額      新台幣      萬      仟      佰      拾元整			
本人確實於上述表列時段，提供申請人看護照顧服務，同時段照顧_____名病患，如有不實願負相關法律責任。			
照顧服務員 <u>簽名或蓋章</u> ：		聯絡電話：	

※為維護照顧服務品質，僅核定照顧服務員同時段至多照顧 4 名病患。

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

證明人： \_\_\_\_\_ (請醫院護理師或社會工作人員蓋職章)

**【以上各項資料若有塗改，需於塗改處押章】**

身分證正反面或居留証影本黏貼處

-----收據正本或領據請黏貼於下方空白處-----