

雲林縣中低收入戶傷病醫療、住院看護費用補助申請表

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"/> 列冊低收入戶____款 <input type="checkbox"/> 中低收入戶未達最低生 活費標準____倍以下			補助款入 帳郵局	局 號	帳 號
<input type="checkbox"/> 住院看護 <input type="checkbox"/> 醫療傷病 (住院) 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)

自行負擔醫療費用	-	不合補助金額	=	符合補助金額	X	符合補助金額	X	補助比例	=	核定補助金額

看護費用補助標準	X	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 課長 局長