雲林縣低收入戶及中低收入戶老人住院看護補助實施要點

中華民國 100 年 6 月 24 日府社救字第 1000609215 號函訂定，
並自 100 年 7 月 1 日生效
中華民國 110 年 8 月 9 日府社救一字第 1102642955 號函修正
第三點、第五點
中華民國 110 年 9 月 24 日府社救一字第 1102649964 號函
修正第三點、第五點，並自 110 年 8 月 9 日生效

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. 申請人存摺封面影本。
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. 申請人已死亡者，得由其全體繼承人出具委任書，委任其中一人或他人代為申請或具領。
7. 申請人因故無法親自申請者，得由受委託人持委託書、身分

證明文件代為申請，受委託人應以家屬為原則；申請人安置於醫療院所或收容機構者，例外得由醫療院所或收容機構代為提出申請。但由里幹事或本府社會處社工員代為申請者，可免附委託書。

（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、低收入戶及中低收入戶老人住院看護費用補助申請表。(附表一)

二、申請人領款收據。(附表二)

三、申請人存摺封面影本。(帳號須清晰以利轉帳，代領者如非親屬或繼承人，應為住院醫療院所、收容機構或提供申請人看護服務單位，請檢附切結書及身分證影本；醫療院所、收容機構或提供申請人看護服務單位代墊時，由申請人檢附切結書、代墊醫療院所、收容機構或提供申請人看護服務單位代墊費用領據及存摺封面影本，經雲林縣政府核准後，將補助款核予代墊醫療院所、收容機構或提供申請人看護服務單位)

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、低收入戶及中低收入戶老人住院看護費收據(附看護人身分證影本、看護訓練證書)。(附表四)

七、補助標準：中低收入戶，每人每日最高補助一千八百元，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：□ 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	補助款入帳郵局帳號	局號											
			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

補助款新臺幣　　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

附表四

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，共計新臺幣　　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