

新竹市低收入戶重病住院看護費用 補助申請表

行政區：東區 北區 香山區

申請日期： 年 月 日

申請人		性別		出生日期		身分證字號	
住址						電話	
代理人 申請人		與申請人 關係	(非親屬填職稱)			身分證字號	
						電話	
申請人資格	<input type="checkbox"/> 列冊低收入 <input type="checkbox"/> 列冊中低收入						
檢附證件	<input type="checkbox"/> 申請人身分證或最近三個月內戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 醫師診斷證明書(需證明申請人需專人照顧並證明住、出院日期) <input type="checkbox"/> 看護收據(需由醫師、護理人員、社工員或合法看護協會、中心蓋章證明) <input type="checkbox"/> 看護費補助領款收據(補助金額由本府核定後填寫) <input type="checkbox"/> 具領人郵局或金融存款帳戶封面影本 <input type="checkbox"/> 其他(低收入戶證明、看護證照...等)						
受看護日期	自	年	月	日起	看護費單價	全日	新台幣 元
						半日	新台幣 元
區公所初審意見	承辦人		課長			單位主管	
申請人蓋章				代理申請人蓋章			
市政府審核結果	同意補助看護費用					本年度 累積天數	天
	年	月	日起至	年	月		
	年	月	日起至	年	月	日半日	元
核發金額	新台幣 萬 仟 佰 拾 元整					本年度 累計金額	元
承辦人		科長			單位主管		

看 護 收 據

茲收到病患

(姓名) 看護費，共計 萬 仟 佰 拾 元整。

看護日期： 年 月 日起至 年 月 日。

看護姓名： (簽章)

身分證字號：

地 址：

茲證明病患 (姓名) 因 (病名) 住院，

自 年 月 日起至 年 月 日止，僱請專人照顧看護。

證明人：(需由醫院醫師、護理人員、社工員或合法看護協會、中心蓋章證明)

單 位：

職 稱：

姓 名：

中華民國 年 月 日

*看護協會、中心開立之收據，若含以上各欄位(含證明人)亦可代替此張收據使用。

收 據

茲收到新竹市低收入戶重病住院看護費用補助
計新台幣 元整無訛，此 致

新 竹 市 政 府

具 領 人： (簽章)

住 址：

身分證字號：

電話：

中 華 民 國 年 月 日