

金門縣政府辦理中低收入老人傷病住院看護費補助申請表

申請日期： 年 月 日

申請人姓名		出生年月日		身分證字號	
住址				聯絡電話	蓋章
代理申請人		與申請人關係		身分證字號	
住址				聯絡電話	蓋章
申請人資格	<input type="checkbox"/> 低收入戶(款別：第 款) <input type="checkbox"/> 未達最低生活費一點五倍者 <input type="checkbox"/> 未達最低生活費二點五倍者				
接受看護日期	自 年 月 日起至 年 月 日止 (看護中者只填寫起始日期)				

檢 附 證 明 文 件	<input type="checkbox"/> 1、申請表 <input type="checkbox"/> 2、申請人之身分證影本或戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 3、申請人之低收入戶及中低收入老人證明書 <input type="checkbox"/> 4、僱請看護服務證明書（須由醫療院所之醫師、護理師或 社工員蓋章證明）一份 <input type="checkbox"/> 5、醫師開立之診斷證明書正本 <input type="checkbox"/> 6、看護費用收據正本 <input type="checkbox"/> 7、照顧服務員結業證書影本一份 <input type="checkbox"/> 8、申請人郵局存摺封面影本一份 <input type="checkbox"/> 9、代理申請人委託書及身分證影本（代理申請需附）
鄉 鎮 公 所 初 審	<p style="text-align: right;">（鄉鎮長、課長及承辦人核章）</p>
縣 政 府 審 核 欄	<input type="checkbox"/> 不符補助規定 <input type="checkbox"/> 同意補助：新台幣 萬 千 百 拾 元