附件一：

金門縣　　鄉鎮弱勢兒童及少年醫療補助申請表

壹：申請人資料：（由申請人自填或鄉鎮市公所承辦人（村里幹事）或社工代填）　　申請日期：　　年　　月　　日

一、受補助兒童(少年)姓名：　　身份證字號：□□□□□□□□□□ 性別：□男□女 出生年月日：　　年　　月　　日

二、戶籍地址：　　鄉／鎮　　里　　鄰　　路（街）　　段　　巷　　弄　　號　　樓　　室

三、具原住民身分：□是 □否

※個資使用同意：本人及家戶成員為申請本扶助所檢附之相關資料，同意提供非公務機關作為發放慰問金、物資等福利服務使用。

□同意　□不同意

四、**本人保證上述所填各項資料及所附文件均為真實，若以詐欺或提供不實資料取得本補助者，無條件立即繳回所領取之補助款項予金門縣政府。**

申請人姓名：＿＿＿＿＿＿　與兒童（少年）關係：□父　□母　□ 社工　□其他＿＿＿

聯絡電話：＿＿＿＿＿＿＿＿　申請人地址：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

五、兒童少年之資格審核： (以下由鄉鎮公所或本府社工查填，符合者於□打ˇ，不符何者逕向申請人說明並退件，如有疑義可提請縣政府複核)

□ (一) 低收入戶及中低收入戶內之兒童及少年。
□ (二) 領有弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助者。
□ (三) 發展遲緩兒童。
□ (四) 特殊境遇家庭扶助條例第九條規定，未滿六歲之兒童。
□ (五) 有兒童及少年福利與權益保障法第五十三條第一項各款情形受保護之兒童及少年。
□ (六) 安置於立案之公私立兒童及少年安置及教養機構或寄養家庭之兒童及少年。
□ (七) 早產兒。
□ (八) 因懷孕或生育而遭遇困境之兒童、少年及其子女。
□ (九) 符合衛生福利部公告之罕見疾病或領有全民健康保險重大傷病證明之兒童及少年。
□ (十) 領有身心障礙證明之兒童及少年。
□ (十一)依其他經本府評估有補助必要之兒童及少年。

六、申請項目:

□ (一) 協助繳納前未保、中斷和欠繳之全民健康保險費。
□ (二) 住院期間之膳食費、看護費及住院費用。
□ (三) 未婚懷孕妊娠、生產、流產醫療費用。
□ (四) 親子血緣鑑定費用。
□ (五) 因早產及其併發症所衍生之醫療及住院費用。
□ (六) 無全民健康保險投保資格個案之醫療費用。
□ (七) 經醫師評估有必要之愛滋病毒感染預防性投藥費用。
□ (八) 兒童及少年保護個案所需健康檢查、醫療費、或接種疫苗費。
□ (九) 療育訓練費。
□ (十) 其他特殊、重大或急迫性醫療，經本府評估有補助之必要項目。

貳、申請補助項目標準及檢附證明文件：

補助項目	檢附資料檢核欄	
一、 □協助繳納前未保、中斷和欠繳之全民健康保險費（**每人補助 1 次為原則**）。 二、 住院期間： □膳食費(＿＿＿元）**(以受補助對象為限)。** □看護費：每日＿＿＿元× ＿＿＿日數＝＿＿＿元）**(列冊低收入戶及本府安置之兒童及少年每人每日最高補助新台幣 2,000 元；中低收入戶每人每日最高補助新台幣 1000 元；一般戶每人每日最高補助新台幣 500 元。** □全民健康保險費規定應自行負擔之住院費用（自行負擔醫療費用＿＿＿元－不含補助金額＿＿＿元＝申請補助金額＿＿＿元）**(住院及看護費合計每人每年最高補助：列冊低收入戶及由本府安置之兒童及少年新臺幣一百萬元；中低收入戶新臺幣 80 萬元；一般戶新臺幣 70 萬元)。** 三、 □未婚懷孕妊娠、生產、流產醫療費用：＿＿＿元 **(每人每年最高補助 5 萬元為限)**。 四、 □親子血緣鑑定費用：＿＿＿元**(列冊低收入戶、中低收入戶及本府安置之兒童或少年全額補助，弱勢兒童或少年及其他經本府或相關單位評估確實有生活困難者，最高補助 75%)。** 五、 □因早產及其併發症所衍生之醫療及住院費用：＿＿＿元**(每人每年最高補助 30 萬元為限)。** 六、 □無健保投保資格個案之醫療補助費用：＿＿＿元**(每人每年最高補助 30 萬元為限)。** 七、 □愛滋病毒感染預防性投藥費用：＿＿＿＿元**(每一療程最高補助新臺幣 3 萬元為限)**。 八、 □兒童及少年保護個案所需健康檢查費、醫療費或接種疫苗費：＿＿＿元**(據實補助；健康檢查費每人 2 年內，最高補助新台幣 2,000 元)。** 九、 □身心障礙、罕見疾病及重大傷病兒少，療育訓練費用＿＿＿元(每人每次補助上限新臺幣 600 元，每人每月最高新臺幣 4,000 元為限，**列冊低收入戶、中低收入戶每人每月**最高新臺幣 6,000 元為限)。 十、 □其他經本府評估有必要補助之項目＿＿＿＿元**(每人每年最高補助 30 萬元為限)。** **備註：列冊低收入戶及本府委託安置個案，按每次應自行負擔醫療費用全額補助。列冊中低收入戶，按每次應自行負擔醫療費用補助 80%。一般戶按每次應自行負擔醫療費用補助 70%。**	□ 戶籍資料影本 □ 具領款收據正本(若正本遺失，收據影本應加蓋醫療院所證明章) □ 申請人或受補助者之金融機構存簿封面影本 □ 低收入戶或中低收入戶證明 □ 緊急生活扶助核定公文影本 □ 發展遲緩兒童評估報告書 □身心障礙證明 □ 特殊境遇家庭扶助條例之未滿六歲之兒童核定公文影本 □ 安置契約及個案安置公文 □ 早產兒診斷證明書	□ 罕見疾病診斷證明書或重大傷病卡影本 □ 醫療院所開立之診斷證明書 □ 醫療院所主治醫師出具之須雇請專人看護證明正本 □ 看護費收據正本 □ 看護人員看護切結書及照顧服務員結業證書或相關專業證照 □ 應自行負擔之住院費用收據正本 □ 住院期間膳食費自費明細表 □ 療育紀錄卡 □ 其他相關證明文件

參、審核（由縣政府查填）

一、符合補助項目	二、不符合補助標準：	三、核准補助總金額：
□ (一) 協助繳納前未保、中斷和欠繳之全民健康保險費。 □ (二) 住院期間之膳食費、看護費及住院費用。 □ (三) 未婚懷孕妊娠、生產、流產醫療費用。 □ (四) 親子血緣鑑定費用。 □ (五) 因早產及其併發症所衍生之醫療及住院費用。 □ (六) 無全民健康保險投保資格個案之醫療費用。 □ (七) 經醫師評估有必要之愛滋病毒感染預防性投藥費用。 □ (八) 兒童及少年保護個案所需健康檢查、醫療費或接種疫苗費。 □ (九) 身心障礙、罕見疾病及重大傷病兒少，療育訓練費用。 □ (10) 其他特殊、重大或急迫性醫療，經本府評估有補助之必要項目。	□1.不符合補助標準 □2.不符合補助項目 □3.資料不全 □4.已領取相同性質補助及商業保險 □5.其他	新臺幣＿＿＿＿＿＿ 元整

（初審）鄉鎮公所初核簽章			（複審）金門縣政府複核簽章			
承辦人員	課　　長	鄉 鎮 長	承辦人員	科　　長	副 處 長	處　　長

附件二：

領　款　收　據

茲收到金門縣政府　　年度弱勢兒童及少年醫療費用補助新臺幣　　萬　　仟　　佰　　拾　　元整（**領據金額授權由審核單位填寫核定後之實際補助金額**），特此立據證明無訛。

此致金門縣政府

兒童少年姓名：

兒童少年身分證統一編號：

具領人：　　(簽名或蓋章)

※需與存簿為同一人，本張收據如有誤繕亦請核蓋具領人私章；如為單位需蓋大小章

具領人身分證統一編號：

聯絡電話：

聯絡地址：

金融機構存簿影本黏貼處
請核章。 申請人或兒童少年帳戶皆可。

中華民國　　年　　月　　日

附件三：

看 護 切 結 書

立切結書人＿＿＿＿＿＿先生/女士茲切結＿＿＿＿先生（女士）因　　（病名）住院，病床號碼：　　。自　　年　　月　　日　　時(24 小時制)起至　　年　　月　　日　　時(24 小時制)止共　　日，確實由本人提供照顧看護，若有虛偽不實申請補助或重複申請者，本人願負法律任，並繳回全部補助款，特此具結。

此　致

金門縣政府

立切結書人：　　簽章(如為單位請蓋大小章)

身分證字號：

戶籍地址：

電話：

與申請人關係：

中　華　民　國　　年　　月　　日

附件四：

金門縣弱勢兒童及少年是否積欠健保費名冊

局別	身份類別代碼	縣市別代碼	身份證字號	出生年月日	姓名	戶籍地址	具原住民身分
1		90					□是□否
1		90					□是□否
1		90					□是□否
1		90					□是□否
1		90					□是□否
1		90					□是□否
1		90					□是□否
1		90					□是□否
1		90					□是□否
1		90					□是□否
1		90					□是□否
1		90					□是□否
1		90					□是□否
1		90					□是□否
1		90					□是□否
1		90					□是□否
1		90					□是□否
1		90					□是□否
1		90					□是□否
1		90					□是□否
社工：				督導：		單位主管：	

低收入戶暨弱勢兒童醫療補助計畫【補助身分類別】代碼表	
代碼別	**對象**
1	弱勢兒童—符合領取經濟弱勢兒童生活扶助資格者
2	弱勢兒童—特殊境遇婦女家庭扶助條例第九條規定未滿六歲兒童
3	弱勢兒童—兒童保護個案
4	弱勢兒童—安置於公私立育幼機構及寄養家庭之兒童
5	弱勢兒童—符合衛生署公告之罕見疾病兒童或領有重大傷病卡兒童且需具健保資格
6	其他經評估有必要補助之兒童
0	低收入戶兒童