

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

※個案使用同意：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“”，不符合者逕向申請人說明並退件，如有疑義可提請縣政府覆核)

- (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) 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) 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、 <input type="checkbox"/> 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)。	<input type="checkbox"/> 戶籍資料影本
二、住院期間： <input type="checkbox"/> 膳食費(____元)(以受補助對象為限)。 <input type="checkbox"/> 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)。 <input type="checkbox"/> 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100萬元；中低收入戶新臺幣80萬元；一般戶新臺幣70萬元)。	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 申請人或受補助者之金融機構存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 低收入戶或中低收入戶證明 <input type="checkbox"/> 緊急生活扶助核定公文影本 <input type="checkbox"/> 發展遲緩兒童評估報告書 <input type="checkbox"/> 特殊境遇家庭扶助條例之未滿六歲之兒童核定公文影本 <input type="checkbox"/> 安置契約及個案安置公文 <input type="checkbox"/> 早產兒診斷證明書
三、 <input type="checkbox"/> 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)。	<input type="checkbox"/> 罕見疾病診斷證明書或重大傷病卡影本 <input type="checkbox"/> 醫療院所開立之診斷證明書 <input type="checkbox"/> 醫療院所主治醫師出具之須履請專人看護證明正本 <input type="checkbox"/> 看護費收據正本 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 應自行負擔之住院費用收據正本 <input type="checkbox"/> 住院期間膳食費自費明細表 <input type="checkbox"/> 其他相關證明文件
四、 <input type="checkbox"/> 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、 <input type="checkbox"/> 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、 <input type="checkbox"/> 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、 <input type="checkbox"/> 愛滋病毒感預防性投藥費用：____元(每一療程最高補助新臺幣3萬元為限)。	
八、 <input type="checkbox"/> 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、 <input type="checkbox"/> 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%。	

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：				
<input type="checkbox"/> (一) 協助繳納前未保、中斷和欠繳之全民健康保險費。 <input type="checkbox"/> (二) 住院期間之膳食費、看護費及住院費用。 <input type="checkbox"/> (三) 未婚懷孕妊娠、生產、流產醫療費用。 <input type="checkbox"/> (四) 親子血緣鑑定費用。 <input type="checkbox"/> (五) 因早產及其併發症所衍生之醫療及住院費用。 <input type="checkbox"/> (六) 無全民健康保險投保資格個案之醫療費用。 <input type="checkbox"/> (七) 經醫師評估有必要之愛滋病毒感預防性投藥費用。 <input type="checkbox"/> (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。 <input type="checkbox"/> (九) 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。	<input type="checkbox"/> 1. 不符合補助標準 <input type="checkbox"/> 2. 不符合補助項目 <input type="checkbox"/> 3. 資料不全 <input type="checkbox"/> 4. 其他	新臺幣_____元整				
(初審) 鄉鎮公所初核簽章 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">承辦人員</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">課長</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">鄉鎮長</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>			承辦人員	課長	鄉鎮長	
承辦人員	課長	鄉鎮長				
(複審) 金門縣政府覆核簽章 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">承辦人員</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">科長</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">副處長</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">處長</td> </tr> </table>			承辦人員	科長	副處長	處長
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 年度低收入戶及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

備註
本據人員用蓋印年
中華民國

中華民國

年

月

日

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

