

新北市政府辦理低收入戶及中低收入戶傷病住院看護費用補助申請查定表

壹、患者資料：

申請日期： 年 月 日

一、患者姓名(即受補助對象)：		(簽名或蓋章)身分證字號：			電話：		
二、戶籍地址：	縣(市) 鄉鎮市(區)	村 里	路 街	段 弄	巷 樓之	號之	
三、通訊地址：	縣(市) 鄉鎮市(區)	村 里	路 街	段 弄	巷 樓之	號之	
四、申請項目： <input type="checkbox"/> (1)列冊低收入戶 <input type="checkbox"/> (2)列冊中低收入戶							
五、檢附表件： <input type="checkbox"/> 查定表 <input type="checkbox"/> 領據 <input type="checkbox"/> 診斷證明書 <input type="checkbox"/> 僱請看護服務證明 <input type="checkbox"/> 看護費用收據正本 <input type="checkbox"/> 照顧服務員結業證書或證照影本 <input type="checkbox"/> 照顧服務員身分證影本 <input type="checkbox"/> 具領人非受補助對象切結書 <input type="checkbox"/> 無親屬或親屬無法看護切結書 <input type="checkbox"/> 存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 其他()							
六、申請人姓名(同患者可免填)：_____，與患者關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 患者之親屬;稱謂_____							
<input type="checkbox"/> 機構 _____ <input type="checkbox"/> 醫院 _____ <input type="checkbox"/> 其他() _____							
七、通訊地址：	縣(市) 鄉鎮市(區)	村 里	路 街	段 弄	巷 樓之	號之	
八、具領人姓名：_____，與患者關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 患者之親屬;稱謂_____ <input type="checkbox"/> 機構 _____							
<input type="checkbox"/> 醫院 _____ <input type="checkbox"/> 其他() _____							

貳、配偶、一親等直系血親親屬、無同一戶籍或共同生活之其他直系血親親屬資料：

稱謂	姓名	身分證字號	性別	出生				工作能力		身心障礙			職業	備註
				年	月	日	足齡	無	有	類別	等級	重鑑日		

參、授權委託(申請人同患者可免填)

患者_____因無法書寫；身體狀況：_____

其他原因：_____，故委託_____（以下簡稱代理人-與患者關係為：
1. 家屬稱謂：_____；2. 里幹事 3. 社工人員 4. 醫療院所5. 本府社會局轉介收容老人及身心障礙者之機構），代為申請傷病住院看護費用補助。

患者（或代理人）已閱讀並了解本申請查定表各節，保證上列所填各項資料及所附文件均為真實，並知悉提供不實資料及違反相關法令後果，若有可歸責於己之事由，除繳回所領補助金額外並應自負一切法律責任。（如由代理人代為填寫，委任代理人亦已將表內各事項詳告申請人。）

此致

新北市政府

委託人（患者）： _____（簽名或蓋章）

身分證字號： _____ 電話： _____

代理人： _____（簽名或蓋章）

身分證字號： _____ 電話： _____

中華民國 年 月 日

附註：1. 患者資料由患者自填或委任代理人代填。
 2. 區公所承辦人員應依據此表內容詳實登錄各事項於社政系統，並列印社政系統查定表及逐級核章辦理，撥款單位得依事實惠請更正。
 申請案編碼：5072085，公告期限：11天(區公所)