

新北市政府低收入戶及中低收入戶傷病住院看護補助

補助對象：

設籍新北市且符合下列規定之一之傷、病患者，於住院治療期間經醫生診斷證明須僱用專人看護，且無親屬或親屬無法看護者，得申請住院看護費用補助：

一、本市列冊之低收入戶，每人每日最高補助看護費 **1800** 元，每人每一年度以 18 萬元為限。

二、本市列冊之中低收入戶，單月自行負擔看護費用累計超過新臺幣三萬元或最近三個月累計超過五萬元以上者，每人每日最高補助 **900** 元；年度內最高補助 6 萬元。

※前項住院治療期間，**不含入住各類具有加護或隔離性質之病房。**

※所僱用看護員，如為民法第一千一百一十四條規定之親屬；或受補助對象經機構收容，並由機構看護員或服務人員看護者，不予補助。

應於**看護行為結束日起三個月內**向戶籍所在地之區公所提出申請

應備文件：

1. 查定表【(民)表一】。
2. 診斷證明書正本(醫囑應載明入、出院之時間及註明『**住院期間須僱請專人看護**』；如有入住加護病房者，應註明入住期間)。
3. 僱請看護服務證明書(其應由醫療院所之醫生、護理師或社工員蓋章證明)【(民)表六】。
4. 看護費用收據正本(其應載明看護日期、時間起迄、收費標準及照顧服務員基本資料)。
5. 照顧服務員身分證及結業證書或丙級技術士證照影本。
6. 具領人金融機構存摺封面影本。
7. 無親屬或親屬無法看護之切結書【(民)表二】。
8. 如具領人非受補助對象，應檢附受補助人所開立之切結書【(民)表二】。
9. 領據：具領人如為一般民眾填寫領據(一般民眾)【(民)表四】。具領人如為機構填寫領據(機構)【(民)表三】。
10. 申請人身分證(查驗後歸還)。
11. 代理人請檢附身分證正反面影本(正本查驗後歸還)。
12. 新北市政府查調戶籍資料申請授權書【(民)表五】。(視需要才須檢附)

洽詢電話:1. 新北市政府社會局社會救助科 02-29603456 分機 5684

2. 新北市板橋區公所社會課 02-29686911 分機 618

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)	村	路	段	巷	號之
		鄉鎮市(區)	里	街	弄	樓之	
三、通訊地址：		縣(市)	村	路	段	巷	號之
		鄉鎮市(區)	里	街	弄	樓之	
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							
<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()							
五、檢附表件： <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) _____ 村 _____ 路 _____ 段 _____ 巷 _____ 號之 鄉鎮市(區) _____ 里 _____ 街 _____ 弄 _____ 樓之							
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)

僱請看護服務證明書

茲證明申請人
因
自 年 月 日 時起
至 年 月 日 時止，
僱請專人照顧看護。

此 證

證明單位—醫院： (院章)：

職稱：

姓名： 蓋章(職章)：

中華民國 年 月 日

(註：非僱請醫院之合約看護請先告知醫院開立看護證明書人員以利證明)

申請案編碼：090205，公告期限：10天(社會局)

申請案編碼：5072010，公告期限：7天(區公所)

(民)社救助(區)04-(民)表六

收 據

茲收到患者 先生(女士)看護費用總計新臺幣 萬
仟 佰 拾 元整。

看護日期： 年 月 日 時起至 年 月 日 時止

看護天數：共 日

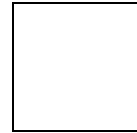
班別：全日班/半日班(每日 小時) / 其他_____

每日看護費用： 元 (以小時或其他方式計費者請另敘明)

此據

具領人(照顧服務員)：

蓋章



身分證字號：

戶籍地址：

聯絡電話：

中華民國 年 月 日

照顧服務員身分證正面影本	照顧服務員身分證反面影本

照顧服務員丙級技術士證照或照顧服務員結業證書影本

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

切 結 書

【具領人非受補助對象】

受補助對象(即患者)_____於民國____年____月____日至____年____月____日因疾病入住_____醫院治療，住院期間僱請看護專人照顧，並由_____ (代墊補助款人姓名或代墊機構名稱)先行代墊看護費用，特立此書。倘新北市政府核准此筆補助款，同意將補助款項逕撥款至_____ (代墊補助款人姓名或代墊機構名稱)之金融機構帳戶(金融機構名稱：_____ 帳號：_____)若有不實或糾紛，受補助對象(代理人)願負一切法律責任。

【無親屬或親屬無法看護】

受補助對象_____，於住院期間因有下列原因，致親屬無法看護，須雇用專人看護，受補助對象(代理人)如以虛偽不實之情事申請補助或重複申請相同性質之補助，願接受新北市政府撤銷補助並追繳已受領之補助款，並負相關法律責任(請勾選並填親屬姓名)：

一、無親屬：係指經查詢戶籍資料，無配偶及無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。

(已附戶籍資料；其他說明：_____)

二、親屬(即前段所稱人員)無法看護者：

1. 親屬(請填姓名，以下同)_____無扶養事實或無力扶養，且符合新北市政府辦理社會救助法第五條第三項第九款處理原則者。

2. 親屬_____須照顧其他共同生活生活之成員(請勾選)：領有身心障礙證明者65歲以上罹患重、傷病或特殊疾病之老人12歲以下兒童

其他_____。

3. 親屬_____本身領有身心障礙者證明(障別：_____ 等級：_____)，無法提供照顧。

4 親屬_____因罹患重、傷病或特殊疾病，傷、病名稱為_____ (有附診斷書；無)，無法提供照顧。

5. 親屬_____因須全日工作(請敘明具體原因)_____無法提供照顧。

6. 親屬_____因其他家庭狀況致無法提供照顧(請勾選)：應徵集召集入營服兵役或替代役現役入獄服刑、因案羈押或依法拘禁失蹤且經向警察機關報案協尋未獲 其他事由(請敘明)：_____ (有附證明；無)

此 致

新北市政府

立切結書人(受補助對象或代理人)：

(簽名或蓋章)

身分證字號：

電話：

通訊地址： 區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓

中 華 民 國 年 月 日

領據（機構）

茲收到新北市政府社會局核發看護費用補助新臺幣 萬
仟 佰 拾 元整。

此據

新北市政府社會局

受補助對象：

具領人： (機關大印)

負責人： (簽名蓋章)

機構統編：

出納： (簽名蓋章)

會計： (簽名蓋章)

(註：出納、會計不可同一人)

住址： 縣(市) 鄉鎮市(區) 里(村) 鄰
路(街) 段 巷 弄 號 樓

聯絡電話：

郵局或銀行帳號： (請檢附存摺封面影本)

中華民國 年 月 日

申請案編碼：5072085，公告期限：11天(區公所)

領據（一般民眾）

茲收到新北市政府社會局核發看護費用補助新臺幣 萬
仟 佰 拾 元整。

此據

新北市政府社會局

受補助對象：

具領人： (簽名或蓋章)

身分證字號：

住址： 縣(市) 鄉鎮市(區) 里(村) 鄰 路(街)
段 巷 弄 號 樓

聯絡電話：

郵局或銀行帳號： (請檢附存摺封面影本)

中華民國 年 月 日

申請案編碼：5072085，公告期限：11天(區公所)