

雲林縣醫療補助審核作業規定

中華民國 100 年 6 月 9 日府社救字第 1000608455 號修正，並自 100 年 7 月 1 日生效

中華民國 110 年 8 月 9 日府社救一字第 1102642862 號函修正第五點

一、本作業規定依據內政部訂定縣（市）醫療補助辦法第七條規定訂定之。

二、補助對象：設籍本縣而有下列情形之一者：

（一）低收入戶之傷、病患者。

（二）中低收入戶之傷、病患者。

（三）非屬前二款患嚴重傷、病，家庭總收入平均未達當年度每人每月最低生活費一點五倍，所需醫療費用非其本人或扶養義務人所能負擔者。

前項第三款動產限額為平均每人每年未超過新臺幣十五萬元，不動產限額新臺幣六百五十萬元；家庭應計人口，依據社會救助法第五條之規定。

依第一項第二款規定申請者，以最近三個月內所花費之醫療費用累計達新臺幣三萬元以上者為限。依第一項第三款規定申請者，以最近三個月內所花費之醫療費用累計達新臺幣五萬元以上者為限。

三、補助項目：

自行負擔之醫療費用，以因疾病、傷害事故就醫所生全民健康保險之部分負擔醫療費用或健康保險給付未涵蓋之醫療費用為限，不含義肢、義眼、義齒、配鏡、鑲牙、整容、整形、病人運輸、指定醫師、特別護士、指定藥品材料費、掛號費、疾病預防與非病因素而施行預防之手術或節育結紮，及住院期間之看護費、指定病房費。

四、補助標準：

（一）屬於第二點第一項第一款之低收入戶者，全額補助。

（二）屬於第二點第一項第二款者，補助百分之八十。

（三）屬於第二點第一項第三款者，補助百分之七十。

五、申請程序：

（一）申請人應於出院或就醫三個月內，檢附下列文件，向戶籍所在地之鄉（鎮、市）公所提出申請。

1. 申請人領款收據。
2. 申請人存摺封面影本。
3. 醫療院所開具之診斷證明書。
4. 全民健康保險特約醫院或診所之自付費用收據正本。
5. 全戶戶籍謄本。
6. 非低收入戶及非中低收入戶者，須檢附全戶財產（動產及不動產）證明及稅賦證明。
7. 申請人已死亡者，得由其全體繼承人出具委任書，委任其中一人或他人代為申請或具領。
8. 申請人因故無法親自申請者，得由受委託人持委託書、身分證明文件代為申請，受委託人應以家屬為原則；申請人安置於醫療院所或收容機構者，例外得由醫療院所或收容機構代為提出申請。但由里幹事或本府社會處社工員代為申請者，可免附委託書。

(二) 鄉（鎮、市）公所受理申請時，應就相關文件予以初核，符合條件者即填造申請表函報雲林縣政府（以下簡稱本府）複核。

(三) 本府於收到申請文件後，應儘速核定，經審定符合補助資格者，應即依規定辦理補助費之核發。

六、申請人如以虛偽不實之申請接受補助或重複申請者應即停止補助，並追回其已領之費用，涉及刑事責任者，移送法辦。

七、本規定所需經費由本府編列預算支應。

雲林縣醫療補助應檢附證明文件

- 一、醫療費用補助申請表（附表一）
- 二、申請人領款收據（附表二）
- 三、申請人存摺封面影本。（代領人如非親屬或繼承人，應為住院醫療院所、收容機構或提供申請人看護服務單位，請檢附切結書及身分證影本；醫療院所、收容機構或提供申請人看護服務單位代墊時，由申請人檢附切結書、代墊醫療院所、收容機構或提供申請人看護服務單位代墊費用領據及存摺封面影本，經雲林縣政府核准後，將補助款核撥予代墊醫療院所、收容機構或提供申請人看護服務單位）
- 四、醫療院所開具之診斷證明書。
- 五、醫療費用收據正本（若收據正本遺失請檢具未向其他單位申請補助之切結書）。
- 六、非低收入戶及非中低收入戶醫療補助調查表。
- 七、全戶戶籍謄本。
- 八、證明書-如收據上有材料費及藥品費必須檢附「證明書」(附表三)。

附表一

<h2 style="margin: 0;">雲林縣醫療費用補助申請表</h2>																					
原住民： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					申請日期： 年 月 日																
申請人	性 別		身分證字號		電 話																
	生 日		住 址																		
代 理 申請人	與 申 請 人 關 係		身 分 證 字 號		電 話																
			住 址																		
申 請 人 資 格	<input type="checkbox"/> 列冊低收入戶—— 款		補 助 款 入 帳 郵 局 帳 號		局 號																
	<input type="checkbox"/> 中低收入戶				帳 號																
<input type="checkbox"/> 最低生活費 1.5 倍以下且每人每年 動產限額 15 萬元及全戶不動 產限額 650 萬元																					
住 院 日 期	自 年 月 日起		申 請 人 簽 章																		
	至 年 月 日止計 日		代 理 人 簽 章																		
審核：(單位元) <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 16.6%; border: 1px solid black; padding: 5px;">自行負擔醫療費用</td> <td style="width: 16.6%; border: 1px solid black; padding: 5px;">不合補助金額</td> <td style="width: 16.6%; border: 1px solid black; padding: 5px;">符合補助金額</td> <td style="width: 16.6%; border: 1px solid black; padding: 5px;">符合補助金額</td> <td style="width: 16.6%; border: 1px solid black; padding: 5px;">補助比例</td> <td style="width: 16.6%; border: 1px solid black; padding: 5px;">核定補助金額</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 30px;"></td> </tr> </table>										自行負擔醫療費用	不合補助金額	符合補助金額	符合補助金額	補助比例	核定補助金額						
自行負擔醫療費用	不合補助金額	符合補助金額	符合補助金額	補助比例	核定補助金額																
鄉 (鎮、市) 公所初核簽章					縣府審核簽章																
承辦人 課長 鄉鎮市長					承辦人 科長 處長																

附表二（單位及個人）

收 據

茲向雲林縣政府領到

- 低收入戶
- 中低收入戶
- 最低生活費 1.5 倍以下且每人每年動產限額 15 萬元及全戶不動產限額 650 萬元

_____君 住院看護費用
 老人住院看護費用
 醫療費用補助

補助款新臺幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整，確實無訛。

此 致

雲林縣政府

具領單位/具領人： (簽章)

立案字號：

統一編號/身分證字號：

負責人：

會計：

出納：

地址：

聯絡電話：

聯絡傳真：

中 華 民 國 年 月 日

【備註】具領人為個人者，僅需填寫「具領人」、「身分證字號」、「地址」及「聯絡電話」等欄位；具領為單位者，請詳填各欄位。

附表三

證 明 書

病患姓名_____於 年 月 日至 月 日因

疾病名稱_____在本院接受治療，因病情需要而使用（施行）健保無給付自費材料費、藥品費等項目，經專業評估後，該病情之治療確已無其他健保給付項目可供替代，而必須使用（施行）健保無給付之自費項目，醫師本於專業知識與訓練，認定自費項目係用於本次醫療病卻有其醫療必要性，非使用於與本病情無關之用途。

醫師：

（簽章）

中 華 民 國 年 月 日