

附表一

雲林縣低收入戶及中低收入戶住院看護費用補助申請表									
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"/> 低收入戶		補助款入 帳 郵局帳號		局    號				
	<input type="checkbox"/> 中低收入戶				帳    號				
受看護日期	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）									
看護費用補助標準			日    數			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

- 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

茲向雲林縣政府領到

\_\_\_\_\_君  住院看護費用  
 老人住院看護費用  
 醫療費用補助

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

茲證明申請人 \_\_\_\_\_ 先生（女士），

因 \_\_\_\_\_（病名） \_\_\_\_\_ 住院，自 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

日起至 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日止計 \_\_\_\_\_ 日，僱請專

人照顧看護。

此 證

證明人：單位：

職稱：

姓名：

蓋章

中 華 民 國 年 月 日

附表四

### 看護費用收據

茲領到

先生 女士 支付自 年

月

日起至 年 月 日 計 日，住院看

護費用，每日 仟 佰元，共計新台幣

拾 萬 仟 佰 拾 元整，確實無

訛。

此 據

具領人：

蓋章

住址： 縣、 鄉鎮 市

村里

路街

段巷

號

身分證字號：

中 華 民 國            年            月            日