

附表一

雲林縣低收入戶及中低收入戶老人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											
		生 日		住 址											
代理申請人		與申請人關係		身分證字號											
				住 址											
申請人資格	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶			補助款入帳 郵局帳號	局號										
					帳號										
受看護日期	自 年 月 日起 至 年 月 日止計 日			申請人簽章											
				代理人簽章											
審核：（單位元） <table style="width:100%; margin-top: 20px;"> <tr> <td style="width:33%; border: 1px solid black; padding: 5px;">看護費用補助標準</td> <td style="width:15%; border: 1px solid black; padding: 5px;">日 數</td> <td style="width:52%; border: 1px solid black; padding: 5px;">核定補助金額</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 40px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 40px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 40px;"></td> </tr> </table>										看護費用補助標準	日 數	核定補助金額			
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 據

- 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