

臺中市_____區低收入戶及弱勢兒童及少年醫療補助申請表

壹、基本資料：
日

申請日期：_____年_____月_____日

一、受補助兒童（少年）姓名：	國民身分證統一編號：	性別： 男 女	出生年月日：_____年_____月_____日
二、戶籍地址：	區 _____ 里 _____ 鄰 _____ 路（街） _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓 _____ 室		
三、具原住民身分：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
※個資使用同意：本人及家戶成員為申請本扶助所檢附之相關資料，同意提供非公務機關作為發放慰問金、物資等福利服務使用。 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意			

四、本人保證上述所填各項資料及所附文件均為真實，若以詐欺或提供不實資料取得本補助者，無條件立即繳回所領取之補助款項予臺中市政府。 (一)申請人姓名：_____ 與兒童（少年）關係： 父 母 社工員 其他 聯絡電話：_____ 申請人地址：_____ (二)申請機構名稱：_____ 機構地址：_____ 負責人姓名：_____ 聯絡電話：_____	簽章處
--	-----------------

五、兒童少年之資格審核：（以下由區公所或兒少福利機構或社工員查填，符合者於打√，不符合者逕向申請人說明並退件，如有疑義可提請市政府複核）

(一)設籍本市符合社會救助法規定未滿十八歲之低收入戶或中低收入戶兒童及少年。

(二)設籍本市弱勢兒童及少年：

1. 符合領取本市經濟弱勢兒童及少年生活扶助資格者。

2. 符合領取弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助資格者。

3. 特殊境遇家庭扶助條例第九條規定，未滿十八歲之兒童及少年。

4. 兒童及少年保護個案。

5. 安置於立案之公立兒童、少年安置、教養機構或寄養家庭之兒童及少年。

6. 符合行政院衛生署公告之罕見疾病兒童及少年或領有全民健康保險重大傷病卡之兒童及少年。

7. 早產兒。

8. 領有發展遲緩證明或經身心障礙需求評估有療育需求之入小學後未滿13歲兒童。（限申請療育訓練費）

9. 其他經社會局社工員訪視評估有必要補助之兒童及少年。

(三)經社會局社工員訪視評估有必要補助且實際居住於本市之未辦理戶籍登記、無國籍或未取得居留、定居許可之兒童及少年。

六、申請補助項目：

(一)低收或中低收入戶兒童及少年（經區公所確認後免附證明文件） <input type="checkbox"/> 1. 全民健康保險未涵蓋之發展遲緩兒童評估費。 <input type="checkbox"/> 2. 入小學後未滿13歲發展遲緩兒童療育訓練費及交通費。 <input type="checkbox"/> 3. 協助繳納前未保、中斷和欠繳之全民健康保險費。 <input type="checkbox"/> 4. 住院期間之看護費、膳食費及全民健康保險法規定應自行負擔之住院費用。 <input type="checkbox"/> 5. 因早產併發症所衍生之醫療及住院費用。 <input type="checkbox"/> 6. 未婚懷孕生產、流產醫療費用。但以特殊境遇家庭扶助條例未補助之費用為限。 <input type="checkbox"/> 7. 確認身分所作之親子血緣鑑定費用。 <input type="checkbox"/> 8. 其他經評估有必要補助之項目。	(二)弱勢兒童及少年： <input type="checkbox"/> 1. 全民健康保險未涵蓋之發展遲緩兒童評估費。 <input type="checkbox"/> 2. 入小學後未滿13歲發展遲緩兒童療育訓練費。 <input type="checkbox"/> 3. 協助繳納前未保、中斷和欠繳之全民健康保險費。 <input type="checkbox"/> 4. 住院期間之看護費、膳食費及全民健康保險法規定應自行負擔之住院費用。 <input type="checkbox"/> 5. 因早產併發症所衍生之醫療及住院費用。 <input type="checkbox"/> 6. 未婚懷孕生產、流產醫療費用。但以特殊境遇家庭扶助條例未補助之費用為限。 <input type="checkbox"/> 7. 確認身分所作之親子血緣鑑定費用。 <input type="checkbox"/> 8. 無健保投保資格個案之醫療費用。 <input type="checkbox"/> 9. 其他經評估有必要補助之項目。
--	---

貳、申請補助項目標準及檢附證明文件：

一、發展遲緩兒童評估費：補助全民健康保險不給付之項目，依其檢具之實際金額全額補助。（若評估結果非發展遲緩兒童則不予補助）
 ※檢附資料：一年內發展遲緩證明或身心障礙手冊/證明 健保未給付之評估內容或報告 評估費用收據正本 郵局存簿影本(受款人核章) 領據正本(具領人同存簿受款人) 詳細紀事之戶口名簿影本或最近三個月內戶籍謄本符合資格之證明文件

二、入小學後未滿13歲(中)低收入戶及弱勢家庭發展遲緩兒童
 1. 療育費（__月____元+__月____元+__月____元+__月____元=_____元）
 （一般戶及低收入戶每名每月最高補助新臺幣4千元為限）※第3季滿6歲但尚未入小學者請申請早期療育補助；另12月1日後之補助於次年第一季申請。
 2. 交通費（每次200元×____次=_____元）
 （限具低收入戶資格者申請，與療育費合計最高補助新臺幣5千元為限，療育費最高4千元為限）
 ※檢附資料：一年內發展遲緩證明或身心障礙手冊/證明 療育單位核章之療育/交通記錄卡 療育費用收據正本 郵局存簿影本(受款人核章) 詳細紀事之戶口名簿影本或最近三個月內戶籍謄本其他相關之證明文件

三、協助繳納前未保、中斷和欠繳之全民健康保險費每人補助一次為原則）
 ※檢附資料：詳細紀事之戶口名簿影本或最近三個月內戶籍謄本符合資格之證明文件

四、住院期間（本項目入住隔離病房、加護病房期間不予補助）
看護費：每日_____元×_____日=_____元（每年最高補助30日，最高6萬元為限）
膳食費(_____元)（需檢附膳食費自費明細表）
全民健康保險費規定應自行負擔之住院費用（自行負擔醫療費用_____元—不含補助金額_____元=申請補助金額_____元）
 （每年最高補助5萬元為限，經社會局社工評估通過後最高可達30萬元）
 ※檢附資料：詳細紀事之戶口名簿影本或最近三個月內戶籍謄本診斷證明書正本 看護費用收據正本 看護人員切結書及照顧員結業證書(相關證照) 住院醫療費用收據正本及自費明細表 醫療院所出具需專人看護證明正本 領據正本(具領人同存簿受款人) 看護人員國民身分證正反面影本 郵局存簿影本(受款人核章) 符合資格之證明文件

五、因早產併發症所衍生之醫療及住院費用：_____元（每年最高補助5萬元為限，經社會局社工評估通過後最高可達30萬元）

六、未婚懷孕生產、流產醫療費用：_____元（每年最高補助5萬元為限）

七、親子血緣鑑定費用：_____元（每年最高補助1萬元為限，若鑑定結果無血緣關係，則不予補助）

八、無健保投保資格個案之醫療補助費用：_____元（每年最高補助5萬元為限，經社會局社工評估通過後最高可達30萬元）

九、其他經評估有必要補助之項目_____元（每年最高補助30萬元為限）

※檢附資料：詳細紀事之戶口名簿影本或最近三個月內戶籍謄本領據正本(具領人同存簿受款人)診斷證明書正本住院醫療費用收據正本及自費明細表郵局存簿影本(受款人核章)社會局社工員之評估報告表安置契約與個案安置公文其他相關之證明文件

※注意事項：

1. 早產兒住院醫療補助，僅補助出生該次之住院醫療費用。
2. 罕見疾病或重大傷病之兒童及少年，請檢附有效期限內之全民健康保險重大傷病核定審查通知書影本，經審定之罕見疾病或重大傷病，應以該病就醫或經醫師認為該病之相關診治，方可補助。
3. 拒絕社會局社工評估或不提供本計畫應備文件，則不予補助。
4. 申請病房費，應由醫生於診斷證明書上敘明入住自費病房之原因。
5. 本補助計畫第5點第1項第3款第5目規定略以，其他非具積極治療性裝具、特殊性材料、藥品、物品或其他，係指如電子耳、住院包套耗材、護理包(臍敷盒)、體溫計、奶嘴、奶粉、滅菌費、衛生用品費、清潔用品費、護膚用品費、雜費、其他費用…等，均不在本補助給付範圍。

參、審核

<p>一、符合補助項目</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>1. 全民健康保險未涵蓋之發展遲緩兒童評估費： <input type="checkbox"/>2. 符合入小學後未滿13歲弱勢家庭發展遲緩兒童療育費訓練費： <input type="checkbox"/>3. 符合入小學後未滿13歲低收入戶發展遲緩兒童療育費訓練費及交通費： <input type="checkbox"/>4. 協助繳納前未保、中斷和欠繳之全民健康保險費： <input type="checkbox"/>5. 符合全民健康保險法規定應自行負擔之住院費用、看護費、膳食費： <input type="checkbox"/>6. 早產併發症所衍生之醫療及住院費用： <input type="checkbox"/>7. 未婚懷孕生產、流產醫療費用： <input type="checkbox"/>8. 親子血緣鑑定費用： <input type="checkbox"/>9. 無健保投保資格個案之醫療補助費用： <input type="checkbox"/>10. 其他經評估有必要補助之項目： <p>二、不符合補助標準：</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>不符合補助標準 <input type="checkbox"/>不符合補助項目 <input type="checkbox"/>資料不全 <input type="checkbox"/>其他 <p>三、核准補助總金額：新臺幣_____元整</p>	<p>一、符合補助項目</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>1. 全民健康保險未涵蓋之發展遲緩兒童評估費： <input type="checkbox"/>2. 符合入小學後未滿13歲弱勢家庭發展遲緩兒童療育費訓練費： <input type="checkbox"/>3. 符合入小學後未滿13歲低收入戶發展遲緩兒童療育費訓練費及交通費： <input type="checkbox"/>4. 協助繳納前未保、中斷和欠繳之全民健康保險費： <input type="checkbox"/>5. 符合全民健康保險法規定應自行負擔之住院費用、看護費、膳食費： <input type="checkbox"/>6. 早產併發症所衍生之醫療及住院費用： <input type="checkbox"/>7. 未婚懷孕生產、流產醫療費用： <input type="checkbox"/>8. 親子血緣鑑定費用： <input type="checkbox"/>9. 無健保投保資格個案之醫療補助費用： <input type="checkbox"/>10. 其他經評估有必要補助之項目： <p>二、不符合補助標準：</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>不符合補助標準 <input type="checkbox"/>不符合補助項目 <input type="checkbox"/>資料不全 <input type="checkbox"/>其他 <p>三、核准補助總金額：新臺幣_____元整</p>
<p style="text-align: center;">(初審) 區公所、社福機構或社工員初核簽章</p> <p>承辦人員</p> <p>課長/組長/督導</p> <p>秘書/主任</p> <p>區長/機構負責人</p>	<p style="text-align: center;">(複審) 社會局複核簽章</p> <p>承辦人員</p> <p>股長</p> <p>督導</p> <p>科長</p>