

## 臺中市潭子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：

申請日期：      年      月      日

一、受補助兒童（少年）姓名：	身份證字號：	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				

<p><b>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。</b></p> <p>(一)申請人姓名：_____ 與兒童（少年）關係：<input type="checkbox"/>父 <input type="checkbox"/>母 <input type="checkbox"/>社工員 <input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>聯絡電話：_____ 申請人地址：_____</p> <p>(二)申請機構名稱：_____ 機構地址：_____</p> <p>負責人姓名：_____ 聯絡電話：_____</p>	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，不符何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 符合領取臺中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 安置於立案之公私立兒童、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7-12歲(入小學後至未滿13歲)兒童。(限申請療育訓練費)

9 其他經本局社工員訪視評估有必要補助之兒童及少年。

(三)經本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：**

<p>(一)低收入戶兒童及少年（附區公所證明文件）</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 全民健康保險未涵蓋之發展遲緩兒童評估費。</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 7歲至12歲發展遲緩兒童療育訓練費及交通費。</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 協助繳納前未保、中斷和欠繳之全民健康保險費。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/> 5. 因早產及其併發症所衍生之醫療及住院費用。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/> 7. 確認身分所作之親子血緣鑑定費用。</p> <p><input type="checkbox"/> 8. 其他經評估有必要補助之項目。</p>	<p>(二)弱勢兒童及少年：</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 全民健康保險未涵蓋之發展遲緩兒童評估費。</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 7歲至12歲發展遲緩兒童療育訓練費。</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 協助繳納前未保、中斷和欠繳之全民健康保險費。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/> 5. 因早產及其併發症所衍生之醫療及住院費用。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/> 7. 確認身分所作之親子血緣鑑定費用。</p> <p><input type="checkbox"/> 8. 無健保投保資格個案之醫療費用。</p> <p><input type="checkbox"/> 9. 其他經評估有必要補助之項目。</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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) 領款收據正本(具領人同存簿受款人)戶口名簿或最近三個月內戶籍謄本 其他相關之證明文件

二、7歲至12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=\_\_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11日後之補助於次年第一季申請。

2. 交通費（每次200元x\_\_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) 領款收據正本(具領人同存簿受款人) 戶口名簿 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：戶口名簿影本(需蓋影本與正本相符) 其他相關之證明文件

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2000元x\_\_日數=\_\_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）

※檢附資料：戶口名簿 診斷證明書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) 住院膳食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 領款收據正本(具領人同存簿受款人) 依全民健康保險法規定應自行負擔之住院醫療費用證明 郵局存簿影本(受款人核章) 其他相關之證明文件

五、因早產及其併發症所衍生之醫療及住院費用：\_\_\_\_\_元(每年最高補助 30 萬元為限)

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)

八、無健保投保資格個案之醫療補助費用：\_\_\_\_\_元 (每年最高補助 30 萬元為限)

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：戶口名簿領款收據正本(具領人同存簿受款人) 診斷證明書 本府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

### 參、審核

<p>一、符合補助項目</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/>1. 全民健康保險未涵蓋之發展遲緩兒童評估費：</li><li><input type="checkbox"/>2. 符合 7 歲至 12 歲弱勢家庭發展遲緩兒童療育費訓練費</li><li><input type="checkbox"/>3. 符合 7 歲至 12 歲低收入戶發展遲緩兒童療育費訓練費及交通費：</li><li><input type="checkbox"/>4. 協助繳納前未保、中斷和欠繳之全民健康保險費：</li><li><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：</li><li><input type="checkbox"/>6. 因早產及其併發症所衍生之醫療及住院費用：</li><li><input type="checkbox"/>7. 未婚懷孕生產、流產醫療費用：</li><li><input type="checkbox"/>8. 親子血緣鑑定費用：</li><li><input type="checkbox"/>9. 無健保投保資格個案之醫療補助費用：</li><li><input type="checkbox"/>10. 其他經評估有必要補助之項目：</li></ul> <p>二、不符合補助標準：</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/>不符合補助標準</li><li><input type="checkbox"/>不符合補助項目</li><li><input type="checkbox"/>資料不全</li><li><input type="checkbox"/>其他</li></ul> <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"><li><input type="checkbox"/>1. 全民健康保險未涵蓋之發展遲緩兒童評估費：</li><li><input type="checkbox"/>2. 符合 7 歲至 12 歲弱勢家庭發展遲緩兒童療育費訓練費</li><li><input type="checkbox"/>3. 符合 7 歲至 12 歲低收入戶發展遲緩兒童療育費訓練費及交通費：</li><li><input type="checkbox"/>4. 協助繳納前未保、中斷和欠繳之全民健康保險費：</li><li><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：</li><li><input type="checkbox"/>6. 因早產及其併發症所衍生之醫療及住院費用：</li><li><input type="checkbox"/>7. 未婚懷孕生產、流產醫療費用：</li><li><input type="checkbox"/>8. 親子血緣鑑定費用：</li><li><input type="checkbox"/>9. 無健保投保資格個案之醫療補助費用：</li><li><input type="checkbox"/>10. 其他經評估有必要補助之項目：</li></ul> <p>二、不符合補助標準：</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/>不符合補助標準</li><li><input type="checkbox"/>不符合補助項目</li><li><input type="checkbox"/>資料不全</li><li><input type="checkbox"/>其他</li></ul> <p>三、核准補助總金額：新臺幣_____元整</p>
<p>(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>區長/機構負責人</p>	<p>(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>