

桃園市弱勢兒童及少年醫療補助申請表

壹、申請者基本資料：

申請人基本資料	兒童及少年姓名		生日	/ /	身分證統一編號		性別	
	戶籍地址							
	身份別	☐ 本國 ☐ 原住民() ☐ 大陸籍 ☐ 外籍() ☐ 其他()						
具領人基本資料	姓名/簽章		聯絡電話		手機			
	聯絡地址							
	與兒童及少年關係	☐ 父 ☐ 母 ☐ 其他監護人 ☐ 家屬 ☐ 其他_____						

應備文件	一、自我檢查(已附者請打勾)：	
	1.	☐ 三個月內申請之全戶戶籍謄本(應記載全戶人口及詳細記事)。
	2.	☐ 具領人存摺封面影本
	3.	☐ 領據
	4.	☐ 健保卡影本
	5.	☐ 低收入戶證明或 ☐ 中低收入戶證明
	6.	☐ 本市弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助資格核定公文影本
	7.	☐ 兒保個案-社工評估報告或個案紀錄
	8.	☐ 安置/寄養委託安置公文影本
	9.	☐ 請領補助證明(特殊境遇家庭扶助條例第九條規定，未滿六歲之兒童)
	10.	☐ 早產兒診斷證明書正本 ☐ 年度綜合所得稅各類所得清單
	11.	☐ 社工訪視評估報告 ☐ 年度綜合所得稅各類所得清單(因懷孕或生育而遭遇困境之兒童及少年與其子女)
	12.	☐ 醫療院所或療育機構開立之診斷證明書/重大傷病卡(二者擇一) ☐ 年度綜合所得稅各類所得清單
13.	☐ 經本府評估有補助必要之社工評估報告或個案紀錄 ☐ 年度綜合所得稅各類所得清單	

貳、申請補助項目及檢附證明文件(請申請人確實勾選)：

(請於住(出)院日、醫療行為或申請事項結束日起六個月內向本府提出申請，逾期不予補助)

一、全民健康保險應自行負擔之住院費用：	
檢附：	☐ 醫療費用收據正本 ☐ 診斷證明書正本
二、住院期間之看護費用(每日以 2,800 元為補助上限)：(每日 元 X 日數= 元)	
✕(本項補助對象以社工員輔導處遇中之兒童及少年保護個案為優先。)	
檢附：	☐ 診斷證明書正本(需載明聘請專人照顧) ☐ 看護人員身分證正反面影本 ☐ 照顧服務員結業證書或相關證照 ☐ 看護之領據正本(註明看護日期及時間)
三、未成年懷孕生產、流產醫療費用(以特殊境遇家庭扶助條例未規定補助之費用為限)：	
檢附：	☐ 醫療費用收據正本 ☐ 診斷證明書正本
四、為確認身分所作之親子血緣鑑定費用：(每人每年以申請一次為限)	
檢附：	☐ 醫療費用收據正本 ☐ 診斷證明書正本 ☐ 法院裁定書
五、全民健康保險未涵蓋之發展遲緩兒童評估費(若評估結果非發展遲緩兒童則不予補助)：	

檢附： ☐ 一年內聯合評估報告書影本
六、心理輔導費用(限兒少保個案，且須於執行前經專案簽准)： 檢附： ☐ 諮商師證明及簡歷 ☐ 諮商紀錄 ☐ 結案報告 ☐ 諮商師及兒少之簽到表
七、其他經本府評估有補助必要之項目：檢附：_____

本人(或具領人)已閱讀並了解本申請表各節，保證上述所填各項資料及所附文件均為真實，並知悉提供不實資料及違反相關法令之後果，若有可歸責於己之事由，除繳回所領金額並自負一切法律責任。 本申請之醫療補助各款若經本府社會局審核通過並核撥至本人帳戶內，日後若有任何具領爭議，本(具領)人願負法律上完全責任。(如由具領人代為填寫，具領人亦已將表內各事項詳告申請人)。 申請人簽章：_____具領人簽章：_____申請時間：____年____月____日

參、補助基準：	
承辦人 勾選	☐ 1. 家庭總收入平均未達當年度當地區每人每月最低生活費二倍，或未達臺灣地區平均每人每月消費支出者，補助百分之七十五。 ☐ 2. 家庭總收入平均在當年度當地區每人每月最低生活費二倍以上未達三倍，或未達臺灣地區平均每人每月消費支出一點五倍者，補助百分之五十。 ☐ 3. 家庭總收入平均在當年度當地區每人每月最低生活費三倍以上未達四倍，或未達臺灣地區平均每人每月消費支出二倍者，補助百分之二十五。

肆、申請金額：新臺幣_____元整(說明：_____)					
伍、審核結果：					
☐ 符合補助 (補助金額為新臺幣_____元)					
☐ 不符合補助 (說明：_____)					
	業務承辦人	科 長	主 任 秘 書	副 局 長	局 長
請核章					