

臺北市政府衛生局氣切個案進住照護機構補助費用申請表

104.3.30 修訂

| | | | | | | | |
|------------------------|---|-----------------|--|------------|--|-------------------|----------------|
| 個案姓名 | | 性別 | | 身分證 字號 | | 出生年 月日 | 民國 年 月 日 |
| 戶籍地址 | 臺北市 區 里 路(街) 段 巷 弄 號 樓 | | | | | | |
| 家屬或受託人 姓名 | | 與 個 案 關 係 | | 聯絡 電話 | | 家屬或 受託人 簽章 | (請親自簽名或蓋 章) |
| 家屬或受託人 聯絡地址 | 臺北市 區 里 路(街) 段 巷 弄 號 樓 | | | | | | |
| 照護機構名稱 | | | | 照護機 構電話 | | 照護機 構負責 人姓名 | |
| 照護機構地址 | 臺北市 區 里 路(街) 段 巷 弄 號 樓 | | | | | | |
| 申請 項目 | <input type="checkbox"/> 低收入戶氣切個案進住照護機構照護補助(每人每月補助一萬五千元) | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 中低收入戶氣切個案進住照護機構照護補助(每人每月補助一萬元) | | | | | | |
| 應檢附文件 | 1. <input type="checkbox"/> 低收入戶卡影本 或 <input type="checkbox"/> 中低收入戶卡影本或稅捐稽徵機關出具財稅證明 2. <input type="checkbox"/> 全戶戶籍謄本正本 3. <input type="checkbox"/> 醫療院所診斷證明書(限3個月內) 4. <input type="checkbox"/> 照護機構入住合約書 | | | | | | |
| 照護機構用印 與機構負責人 用印 | | | | | | | |
| 備註 | 1. 本項補助款如經審核通過,請於每月10日前(以郵戳為憑),向本局申報核發。 2. 請將資料備齊後逕寄臺北市市府路1號,臺北市政府衛生局醫護管理處提出申請。 | | | | | | |
| 審核意見 | <input type="checkbox"/> 符合規定,同意補助每月新臺幣 萬 仟元之氣切照護補助費用 <input type="checkbox"/> 不符合規定,原因_____ | | | | | | |
| | 衛生局審核人員:_____ | | | | | | |