

**新竹市政府兒童及少年醫療費用補助申請查定表 (範例)**

申請日期： 年 月 日 文件備齊日： 年 月 日

壹、基本資料

102.1版,200份

一、申請人姓名	林 0 0	與兒童少年之關係	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 其他：_____	身分證統一編號	
二、兒童少年姓名	林 0 0	出生日	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證統一編號	
三、戶籍地址	新竹市 區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號						
四、通訊地址	新竹市 區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號						
五、連絡電話	市用電話：			行動電話：			
六、身分別	<input type="checkbox"/> 非原住民 <input type="checkbox"/> 原住民						

貳、全家人口及收入狀況(請依據國稅局、稅捐稽徵單位提供財稅資料或實際調查資料填寫)

序號	受補助人(✓)	稱謂	姓名	身分證字號	出生日期	具領取其它補助	收入項目(每月)					不計人口(請打勾)
							工作收入	不動產收入	利息收入	其他收入	小計	
		本人	林 0 0			無						
	✓	長子	林 0 0			兒少						
		次女	林 0 0			兒少						
		母親	黃 0 0									
						合計						

(人口欄位不足時，請在此浮貼)

以上所載全家人口及收入狀況均屬確實，倘有隱瞞或不實，本人願負偽造文書及冒領公款等法律責任。 申請人： 蓋章：

參、兒童少年之資格審核及申請補助項目(由區公所查填，於打)

兒童少年之資格審核	申請補助項目
<p>設籍並實際居住本市且符合下列情形之一者：</p> <input type="checkbox"/> 低收入戶及中低收入戶內兒童及少年(附公所證明文件) <input type="checkbox"/> 領有弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助者 <input type="checkbox"/> 依兒童及少年保護通報及處理辦法保護之兒童及少年 <input type="checkbox"/> 安置於公私私立兒童及少年安置及教養機構或寄養家庭之兒童及少年 <input type="checkbox"/> 特殊境遇家庭扶助條例第九條規定，未滿六歲之兒童 <input type="checkbox"/> 發展遲緩兒童(附醫院證明文件) <input type="checkbox"/> 早產兒(附醫院證明文件) <input type="checkbox"/> 因懷孕或生育而遭遇困境之兒童、少年及其子女(附醫院證明文件) <input type="checkbox"/> 符合行政院衛生署公告之罕見疾病或領有全民健康保險重大傷病證明之兒童及少年(附罕見疾病診斷證明或全民健康保險重大傷病證明影本) <input type="checkbox"/> 其他經本府社工人員評估有必要補助之兒童及少年	<input type="checkbox"/> 全民健康保險應自行負擔之住院費用及住院期間之看護費用 <input type="checkbox"/> 未婚懷孕生產、流產醫療費用 <input type="checkbox"/> 為確認身分所作之親子血緣鑑定費用 <input type="checkbox"/> 全民健康保險未涵蓋之發展遲緩兒童評估費及療育訓練費 <input type="checkbox"/> 經醫師鑑定，因早產及其併發症所衍生之醫療、住院費用 <input type="checkbox"/> 無全民健康保險投保資格個案之醫療費用 <input type="checkbox"/> 協助繳納前未保、中斷及欠繳之全民健康保險費 <input type="checkbox"/> 其他經評估有補助必要之項目

肆、應檢附證明文件：

<input type="checkbox"/> 家庭應計算人口最近三個月之戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 家庭核列人口最新年度之綜合所得稅稅籍資料清單/納稅證明 <input type="checkbox"/> 家庭應計算人口郵局存簿封面及最近三個月內之內頁影本 <input type="checkbox"/> 健保卡影本、全民健康保險重大傷病證明影本 <input type="checkbox"/> 全民健康保險特約醫院或診所自付費用收據及支付明細正本 <input type="checkbox"/> 看護支出費用之收據及支付明細正本 <input type="checkbox"/> 醫師診斷確有醫療或看護必要之證明文件正本 <input type="checkbox"/> 其他證明文件：_____
---

伍、核計結果：

審核項目	審核標準	初審結果	複審結果
1. 全家核列人數	包含兒童及少年、一親等直系血親及實際共同生活之兄弟姐妹。但未與單親家庭未成年子女共同生活、無扶養事實，且未行使、負擔其對未成年子女權利義務之父或母，得不列入		
2. 家庭總收入平均	全家總收入/全家核列人數		
3. 補助基準	<input type="checkbox"/> 依第6點第1款至第5款規定申請第7點第1項各款補助者，全額補助 <input type="checkbox"/> 家庭總收入平均未達當年度台灣省每人每月最低生活費2倍，補助75% <input type="checkbox"/> 家庭總收入平均在當年度台灣省每人每月最低生活費2倍以上未達3倍，補助50% <input type="checkbox"/> 家庭總收入平均在當年度台灣省每人每月最低生活費3倍以上未達4倍，補助25% <input type="checkbox"/> 家庭總收入平均在當年度台灣省每人每月最低生活費超過4倍以上，不予補助		

區公所初審核章	里幹事	承辦人	課長	區長
---------	-----	-----	----	----

核定結果	<input type="checkbox"/> 符合補助資格 申請補助金額 <input type="text"/> — 不符合補助項目金額 <input type="text"/> = 符合補助金額 <input type="text"/> × <input type="text"/> % = 核定補助金額 <input type="text"/>			
------	--	--	--	--

<input type="checkbox"/> 不符合補助規定： <input type="checkbox"/> 資格不符 <input type="checkbox"/> 平均收入超過每人每月最低生活費4倍以上 <input type="checkbox"/> 本年度核定補助費用已超過補助上限 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
---	--	--	--	--

承辦人	科長	單位主管
-----	----	------