

高雄市政府社會局辦理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 文件備齊日期： 年 月 日

一、受補助兒童（少年）姓名：_____性別：男女 身分證字號：_____出生年月日：_____年____月____日
就讀學校：_____戶籍地址：_____通訊地址：_____

二、申請人姓名：_____身分證字號：_____與兒童（少年）關係：社工員父母其他_____
聯絡電話：_____戶籍地址：_____通訊地址：_____

切結書

本人（申請人）_____為_____（受補助兒少）申辦之弱勢兒童及少年醫療補助之醫療費用支出收據未重複申領政府機關相同性質之其他補助或津貼、學生團體保險、私人保險，若有重複申領或以虛偽或其他不正方法申領補助，本人同意無條件繳回補助款，若有領取政府機關其他補助或津貼，本人同意逐月扣抵應領之補助款至全數清償後，再續領補助款，假使未配合繳回全數溢領款，則無條件移送法務部行政執行署高雄分署強制執行，且在未繳回全數溢領款前，暫不領取其他補助或津貼款項，並負擔相關法律責任，特立此切結書為證。

★切結人簽章：

貳、補助資格

符合補助對象：（一）本市列冊低收入戶之兒童及少年（附低收入戶證明）
（二）弱勢兒童及少年

1. 本市列冊中低收入戶之兒童及少年（附中低收入戶證明）
2. 領取本市弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助之兒童及少年（附弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助函影本）
3. 領取本市弱勢兒童及少年生活扶助（附弱勢兒童及少年生活扶助證明）
4. 領取本市單親家庭子女生活補助之兒童及少年（附單親家庭子女生活補助證明）
5. 特殊境遇家庭扶助條例第九條規定之未滿六歲兒童（附特殊境遇家庭子女生活津貼證明）
6. 兒童及少年保護個案（附個案開案資料）
7. 經主管機關安置於安置、教養機構或寄養家庭之兒童及少年（附委託函影本）
8. 發展遲緩兒童。【附發展遲緩1年內診斷證明書、綜合報告書影本（有效期需涵蓋欲申領補助的全部月份）二者擇一】
9. 早產兒。（附醫師診斷證明）
10. 罹患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重大傷病證明影本）
11. 其他經社工員評估有必要補助之兒童及少年（附社工員評估報告）

參、申請補助項目：

<p>一、低收入戶兒童及少年</p> <p><input type="checkbox"/>1. 協助繳納前未保、中斷及欠繳之全民健康保險費 <input type="checkbox"/>2. 懷孕生產、流產醫療費用（以特殊境遇家庭扶助條例未補助之費用為限） <input type="checkbox"/>3. 住院期間之看護費用 <input type="checkbox"/>4. 為確認身分所作之親子血緣鑑定費用 <input type="checkbox"/>5. 兒童及少年視力保健之醫療矯治配鏡費用 <input type="checkbox"/>6. 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用（以未滿六歲或已滿六歲，未達到就學年齡，或經評鑑可暫緩入學者為限。） <input type="checkbox"/>7. 早產及其併發症所衍生之醫療、住院費用（因早產及其併發症所衍生之醫療、住院費用為限。） <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. 協助繳納前未保、中斷及欠繳之全民健康保險費 <input type="checkbox"/>2. 懷孕生產、流產醫療費用（以特殊境遇家庭扶助條例未補助之費用為限） <input type="checkbox"/>3. 住院期間之看護費用 <input type="checkbox"/>4. 為確認身分所作之親子血緣鑑定費用 <input type="checkbox"/>5. 全民健康保險應自行負擔之住院費用 <input type="checkbox"/>6. 無全民健康保險投保資格個案之醫療費用（以全民健康保險有給付項目，且由就醫者自行負擔之費用為限。） <input type="checkbox"/>7. 兒童及少年視力保健之醫療矯治配鏡費用 <input type="checkbox"/>8. 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用（以未滿六歲或已滿六歲，未達到就學年齡，或經評鑑可暫緩入學者為限。） <input type="checkbox"/>9. 早產及其併發症所衍生之醫療、住院費用（因早產及其併發症所衍生之醫療、住院費用為限。） <input type="checkbox"/>10. 其他經評估有必要補助之項目</p>
--	---

肆、檢附證明文件

<p><input type="checkbox"/>申請人身分證影本 <input type="checkbox"/>監護人或兒童少年郵局存簿封面影本 <input type="checkbox"/>醫療費收據正本 <input type="checkbox"/>診斷證明書正本 <input type="checkbox"/>社工員評估報告或兒少保護開案資料 <input type="checkbox"/>低收入戶證明 <input type="checkbox"/>中低收入戶證明 備註：全家人口戶籍及國稅局最近一年度核定之所得及財產證明等資料，由區公所協助查調。</p>	<p><input type="checkbox"/>弱勢兒童及少年生活扶助證明 <input type="checkbox"/>單親家庭子女生活補助證明 <input type="checkbox"/>弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助函影本 <input type="checkbox"/>特殊境遇家庭子女生活津貼證明 <input type="checkbox"/>重大傷病證明影本 <input type="checkbox"/>看護者身分證正反面影本（如為未取得身分證之外籍人士，檢附有效期限內之居留證影本） <input type="checkbox"/>看護者照顧服務員結業證明 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p>
--	---

伍、審核

<p>一、符合補助項目</p> <p><input type="checkbox"/>1. 協助繳納前未保、中斷及欠繳之全民健康保險費 <input type="checkbox"/>2. 懷孕生產、流產醫療費用： <input type="checkbox"/>3. 住院期間之看護費用：（每日_____元×_____日數=_____元） <input type="checkbox"/>4. 為確認身分所作之親子血緣鑑定費用： （每人_____元×_____人數=_____元） <input type="checkbox"/>5. 全民健康保險費規定應自行負擔之住院費用： <input type="checkbox"/>6. 無健保投保資格個案之醫療費用（以全民健康保險有給付項目，且由就醫者自行負擔之費用為限）：</p>	<p><input type="checkbox"/>7. 兒童及少年視力保健之醫療矯治配鏡費用： <input type="checkbox"/>8. 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用： <input type="checkbox"/>9. 早產及其併發症所衍生之醫療、住院費用： <input type="checkbox"/>10. 符合其經評估有必要補助之項目：</p> <p>二、不符合補助標準：</p> <p><input type="checkbox"/>不符合補助資格 <input type="checkbox"/>不符合補助項目 <input type="checkbox"/>資料不齊 <input type="checkbox"/>其他_____</p>
---	---

陸、評估及核定

區 公 所 初 核 簽 章	社 會 局 審 核 簽 章
承辦人 課長 機關首長	承辦人 主任 主任督導