

# 臺東縣低收入戶身心障礙重度 50 歲以上者住院看護補助實施計畫

105.11 修正

## 一、依據：

身心障礙者權益保障法第四條第二款、第三款及第七十一條辦理。

## 二、目的：

為使本縣重病住院需要他人看護之身心障礙者得以獲得妥善的照應，並減輕低收入戶家庭生活負擔，特定本實施計畫。

## 三、補助對象：

應符合以下條件

- (一) 凡設籍本縣縣民年滿五十歲以上，且領有本縣核發之身心障礙證明或手冊重度以上者。
- (二) 需本縣列冊之低收入戶之身心障礙者(含公、私立托育養護或安養護機構之身心障礙者)，無家屬可提供照顧或家屬無力提供照顧，經醫師診斷書證明須僱請專人看護，且有照顧事實者。但不含入住加護病房、長期慢性病療養及醫院呼吸治療中心之醫療看護。
- (三) 符合衛生福利部公告之全民健康保險特定疾病與住院基本要件者並需僱請專人看護者：其主要診斷疾病名稱，包括急性支氣管炎、氣喘、慢性支氣管炎、腎結石、輸尿管結石、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、消化性潰瘍、胃炎、十二指腸瘍、肝硬化、肝炎、暈眩症、腎炎及腎病變、尿路感染、膀胱炎、尿道炎、尿道感染、自發性高血壓、高血壓性心臟病、腦震盪、顱內損傷、無併發症之頭蓋傷、軀幹挫傷、膝、腿(大腿除外)及踝之外傷等重大傷病與其它主管機關公告之疾病。
- (四) 本府委託收容於托育養護或安養護機構符合補助資格之個案由該機構代為申請，但本補助不得與身心障礙托育養護費或老人安養護費重複領取，需按日予以扣除。
- (五) 本補助不得與中低收入老人特別照顧津貼重複領取；已申請居家服務者亦需扣除住院期間之服務時數。

## 四、補助標準：

- (一) 列冊低收入戶身心障礙者每人每日最高補助看護費 1,500 元，未達 1 日者按小時比例計算(未達一小時者不列入計算)，每人每年最高核發 18 萬元。
- (二) 申請人實際僱請照顧服務員看護費用低於補助標準者，以實際支付金額核定。

## 五、申請程序及應備文件：

申請人於住院或出院日起三個月內填具下列各項表件，逕向戶籍地之鄉(鎮、市)公所或由住院之醫療院所、安置委託之機構辦理申請：

- (一) 申請表(附件一)。

- (二) 申請人最近三個月內之戶籍謄本、身分證正反面影本、身心障礙手冊或證明正、反面影本。
- (三) 低收入戶證明。
- (四) 醫院診斷證明書(須有醫師註明需僱請專人看護)，如有入住急診室、隔離病房、加護病房、呼吸照護病房、呼吸照護中心者並註明入住期間。
- (五) 醫院之主治醫師、護理人員或社工員出具之僱請專人看護證明文件。
- (六) 看護費用收據正本、照顧服務員之身分證正反面影本及照顧服務員結業證明書或證照影本並簽章證明與正本相符。
- (七) 如委託他人辦理者，應檢附受委託人之身分證正反面影本供查核。
- (八) 具領人郵局或金融機構存摺封面影本，如無郵局存摺且持有金融機構存摺，請填具領據收據。
- (九) 醫療院所或機構先行墊付款項還撥切結書。
- (十) 申請人死亡且未委託具領補助款者，由法定繼承人具領；法定繼承人有二人以上時，應檢附共同委任切結書，由受任人具領；如無法定繼承人且未委託具領者，不予發放。

六、核銷時請檢附：

- (一) 正本：領據、印領清冊。
- (二) 影印本：看護收據、低收入戶證明書或中低收入老人證明書、核定函。

七、申請及核銷期程：

- (一) 申請案受理截止日：106 年 12 月 10 日前寄(送)達本府社會處，如已逾申請截止日，請於下一年度申請(申請時間仍需在住院或出院日起三個月內)。
- (二) 核銷案受理截止日：106 年 12 月 15 日前寄(送)達本府社會處。

八、經費來源：本計畫所需經費由本府編列預算支應，經費用罄即停止補助。

九、申請人如有虛偽不實之申請接受補助或重複申請者，本府得停止補助追回已領之費用，併於發現後二年內不再予以補助，另涉及法律責任者，則依法追究。

十、本計畫奉核後實施，各相關法規修改時配合修改。

# 臺東縣住院看護費補助申請表

105 年 1 月 1 日修正

【※請務必依申請人福利身分別擇一勾選】

☐ 低收入戶老人或中低收入老人(※65 歲以上)

☐ 低收入戶身心障礙重度 50 歲以上者

☐ 低收入戶暨中低收入戶

填表日期： 年 月 日

申請人		性別		生日		身分證字號			
戶籍地址						電話		蓋章	
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址								
代理申請人		與申請人關係	(非親屬填職稱)			身分證字號			
通訊地址						電話		蓋章	
檢附文件	<input type="checkbox"/> 申請人之身分證正反面影印本或三個月內全戶之戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 低收入戶證明書或中低收入證明書 <input type="checkbox"/> 醫院診斷證明書正本(須有醫師註明需請專人看護及註明入住加護病房、隔離病房起迄日期) <input type="checkbox"/> 護理人員或社工人員出具之僱請專人看護證明文件 <input type="checkbox"/> 看護費用收據、照顧服務員證書影印本、照顧服務員身分證正反面影印本 <input type="checkbox"/> 如委託他人辦理者，受委託人之身分證正反面影印本 <input type="checkbox"/> 申請人金融機構存摺影本 <input type="checkbox"/> 身心障礙者手冊或證明 <input type="checkbox"/> 全家戶財稅查調同意書(低收或中低收入戶免附) <input type="checkbox"/> 醫療院所或安置機構代為申請之切結書								
受看護日期	自 年 月 日起至 年 月 日止(共 日)								
受理單位	<input type="checkbox"/> 不符補助規定 <input type="checkbox"/> 符合補助標準								
(鄉鎮公所、養護中心、醫院)	承辦人		業務主管			機關首長			
初審核章									
縣政府 審核結果	<input type="checkbox"/> 不符補助規定 <input type="checkbox"/> 補助對象資格不符 <input type="checkbox"/> 申請費用不符補助規定 <input type="checkbox"/> 已逾期申請期限 <input type="checkbox"/> 其他								
	<input type="checkbox"/> 符合補助規定，同意補助看護費用新臺幣 元整								
	承辦人		科長		副處長		處長		