

桃園縣政府 _____ 鄉鎮市

中低收入老人重病住院看護費用補助申請表

填表日期：

申請人姓名	性別	出生年月日	身分證字號	住	址	電	話
(簽名蓋章)							
代理申請人姓名	與申請人關係	身分證字號	住	址	電	話	
(簽名蓋章)							
申請人資格	<input type="checkbox"/> 列冊低收入戶及未達最低生活費用一、五倍者。 <input type="checkbox"/> 家庭收入平均每人每月在最低生活費用一、五倍以上至二、五倍者。						
受看護日期	自 年 月 日起 年 月 日止，共計 _____ 日						
鄉鎮市 初審意見							
承辦人		課長		鄉鎮市 首長			
縣市政府 審核意見	<input type="checkbox"/> 不符補助規定。 <input type="checkbox"/> 同意補助看護 _____ 日。 補助費用每日： <input type="checkbox"/> 一千八百元。 <input type="checkbox"/> 九百元。 <input type="checkbox"/> 每日實支 _____ 元。合計 _____ 元。						
承辦人		課長		單 主	位 管		