

113

檔 號：  
保存年限：

## 財團法人瑞信兒童醫療基金會 函

機關地址：23553 新北市中和區連城路 268 號 17 樓  
電 話：02-82280560  
傳 真：02-82280561  
電子信箱：lucas@raising.org.tw  
網 址：www.raising.org.tw  
承辦人員：徐煒勛

413 台中市霧峰區中正路 738-4 號

受文者：教育部國民及學前教育署

發文日期：中華民國 106 年 07 月 12 日

發文字號：瑞信醫字第 106021 號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：2017 年兒少醫療補助辦法與海報

主旨：檢送本會 2017 年兒少醫療補助辦法 1 份，請查照。

說明：

- 一、為協助急、重症孩子接受友善醫療照顧及減輕家庭經濟負擔，依據本會宗旨「改善臺灣兒童醫療軟硬體環境、打造兒童醫療理想國」，特訂定本辦法。
- 二、提供 18 歲（含）以下急、重症孩子之醫療費用補助、關懷金，相關規定請詳見附件或前往本會網站（<http://www.raising.org.tw>）。
- 三、懇請貴單位轉知轄下或相關單位知悉，並宣導與張貼本會兒少醫療補助辦法或海報。

正 本：教育部國民及學前教育署、衛生福利部  
副 本：

董事長 吳春福



1060077827 收文:106/07/13

107



## 瑞信兒童醫療基金會「兒少醫療補助」辦法

106年05月10日修訂

### 一、目的

為協助急、重症孩子接受友善醫療照顧及減輕家庭經濟負擔，依據本會宗旨「改善臺灣兒童醫療軟硬體環境、打造兒童醫療理想國」，特訂定本辦法。

### 二、補助對象與標準

(一) 補助對象：設籍臺灣地區（含離島）之18歲（含）以下孩子，且經我國醫療院所醫師確診為急症或重症。前述資格者於年齡屆滿前已進入本服務系統，同一事件持續治療者，得不受年齡限制。

#### (二) 補助標準與額度

1. 本補助須扣除健保給付、各項醫療補助或津貼。

#### 2. 補助項目與額度

(1) 醫療費用補助：符合本補助對象經醫師診斷為緊急或必要性之手術、藥物、自費病房、器具等醫療行為所生之費用，且經由醫院社工人員與本會評估其家庭（經濟）狀況後，核定補助金額。

#### (2) 關懷金

A. 幹細胞移植或器官移植手術關懷金：符合本補助對象進入（執行）移植手術者，每案金額1萬元/次；符合中、低收入戶資格者，每案金額3萬元/次。

B. 重症加護病房住院關懷金（每人以1次為限）：符合本補助對象且連續住院達14天（含）者，每名金額5,000元；符合中、低收入戶資格者，每名金額2萬元。

### 三、申請方式與應備文件

#### (一) 申請人與時間：

1. 醫療費用補助與關懷金項目，由就診醫療院所之社工人員提出申請。

2. 申請人最遲於住院期間或出院後2個月內（次日起算），備齊應備文件提出申請，逾期不予受理。

#### (二) 申請應備文件

1. 申請表（如表1）。

2. 診斷證明書（可由主治醫師填具申請表就醫情形替代）。



3. 全戶之新式戶口名簿或三個月內有效之戶籍謄本（需記事）。
  4. 戶籍所在地直轄市、縣(市)主管機關審核認定之中、低收入戶證明（符合資格者才需繳交）。
  5. 申請「醫療費用補助」須另檢附下列文件：
    - (1) 近一年全戶籍財稅證明。
    - (2) 就醫繳費收據或繳款通知單影本。
- (三) 申請文件未備齊者，經本會以書面、E-mail 或電話告知次日起 1 個月內補正，逾期未補正者，不予補助和退還資料。

#### 四、審核與撥款

- (一) 本會收到申請文件後，由相關人員進行審核，審核時間約為 10 個工作天，審核完成後以電話聯繫申請人辦理後續事宜。
- (二) 補助費用以支票交付申請人，並由本會開立扣繳憑單，納入個人綜合所得稅。
- (三) 配合會計年度作業，12 月份以後之申請者，應於次年 1 月 15 日前完成前述規定，方可補助。

#### 五、注意事項

- (一) 有下列情形之一者，不予補助。
  1. 未依本辦法規定提出相關文件或其他必要證明者。
  2. 不具本辦法規定之補助資格者。
  3. 以虛偽之證明或其他不當行為取得補助者。
  4. 提出申請時，受補助對象已逝世。
- (二) 申請人如有假冒或不實情事，經調查屬實者，嗣後不得再申請補助。

### 六、作業流程

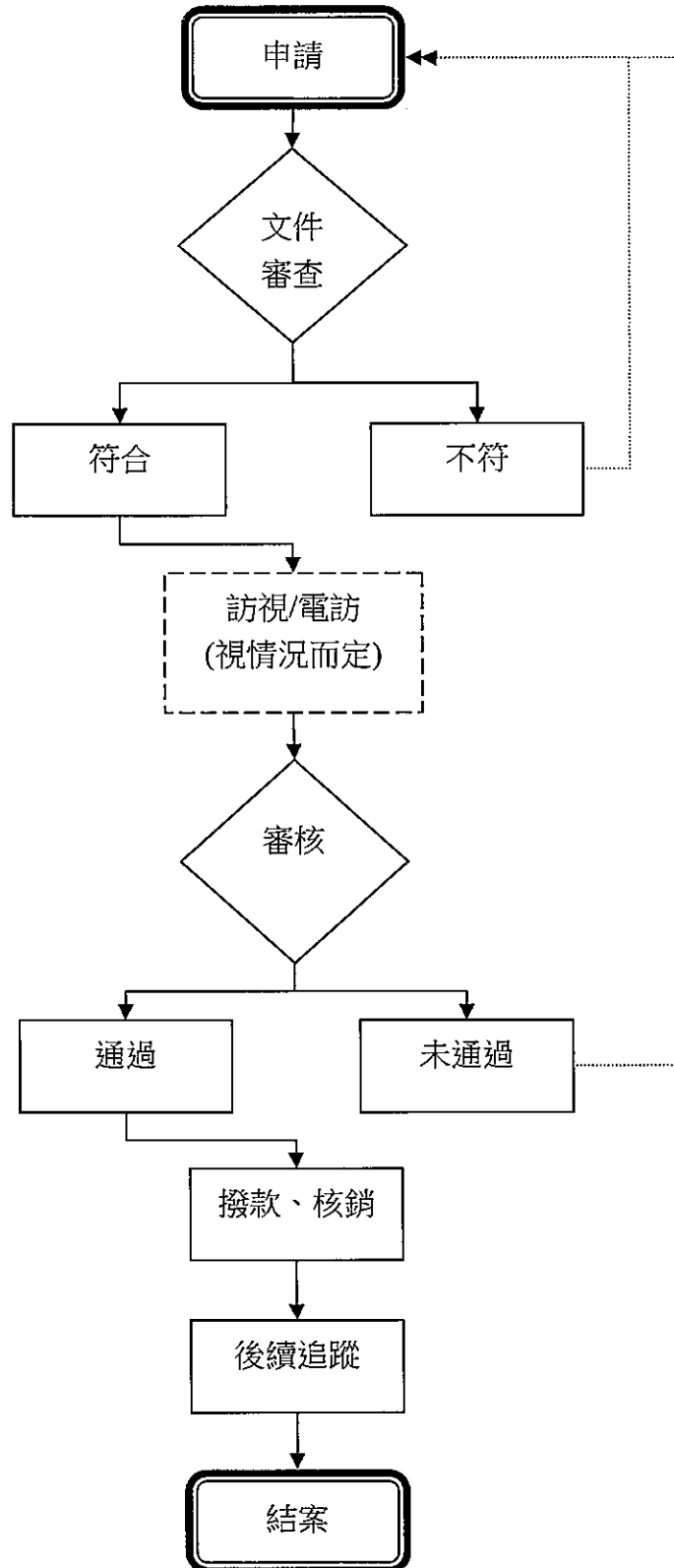


表 1：兒少醫療補助申請表

## 瑞信兒童醫療基金會「兒少醫療補助」申請表

申請日期：中華民國 年 月 日

申請編號：(由本會填寫)

<b>一、 申請(填表)人基本資料</b>			
姓名		身分證字號	
手機號碼		市內電話	
關係	<input type="checkbox"/> 父、母親 <input type="checkbox"/> 主要照顧者(關係： )	E-mail	
<b>二、 孩子基本資料</b>			
姓名		身分證字號	
出生日期	民國 年 月 日	經濟身分	<input type="checkbox"/> 中低收入戶/卡號： <input type="checkbox"/> 低收入戶/卡號：
戶籍地址	□□□ 縣 鄉鎮 路 市 市區 街 段 巷 弄 號 樓之		
通訊地址	□□□ 縣 鄉鎮 路 <input type="checkbox"/> 同上 市 市區 街 段 巷 弄 號 樓之		
是否曾接受本會補助	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，編號_____、金額_____元(由本會填寫)		
醫院名稱(全銜)		科別(全銜)	
病歷號碼		病房號碼	樓_____號
住院日期	民國 年 月 日	出院日期	民國 年 月 日
交付方式(由本會填寫)	<input type="checkbox"/> 承辦人親訪(臺北市、新北市、基隆市、桃園市) <input type="checkbox"/> 本會志工親訪(高雄市) <input type="checkbox"/> 郵寄(掛號單號碼_____ )醫院社工室轉交(其它縣市)		
交付日期	民國 年 月 日	結案日期	民國 年 月 日

**三、 就醫情形（此部分請交由醫院填寫）**

**(一) 病況描述（簡述）：**

※請填寫疾病中文全名稱

主治醫師簽名欄

**(二) 診斷與治療情況（簡述）：**

※請說明治療的緊急性或必要性

（請蓋職名章並加註日期）

**(一) 社工評估：（請簡述說明個案家庭及經濟狀況；亦可用醫院評估表取代）**

主責社工簽名欄

（請蓋職名章並加註日期）

社工主管簽名欄

（請蓋職名章並加註日期）

**四、 已獲得補助項目 (無則填 0, 如有申請其他資源請填機構名稱)**

項目	就醫 減免	醫院 資源	機構資源	機構資源	機構資源	自付額	合計
金額	元	元	元	元	元	元	元

**五、 申請補助項目**

補助項目		(疾病) 名稱	申請金額	補助金額
醫療費用補助	手術			
	藥物			
	輔具			
	其它			
關懷金	幹細胞移植手術			
	器官移植手術			
	重症加護病房			
合計				

**六、 申請應備文件 (無則免附)**

<input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 診斷證明書 (可由主治醫師填具申請表就醫情形替代) <input type="checkbox"/> 全戶新式戶口名簿或三個月內有效之戶籍謄本 (需記事)	<input type="checkbox"/> 近一年全戶籍財稅證明 <input type="checkbox"/> 就醫繳費收據或繳款通知單影本 <input type="checkbox"/> 中、低收入證明文件影本
---	--





<p>1. 本人已詳閱瑞信兒童醫療基金會「兒童醫療補助」辦法，未竟事項由本會解釋為主。</p> <p>2. 本人確認孩子實際居住臺灣，並在個人資料保護法範疇中，同意本會得基於公益而運用所檢附資料（包括對談內容、故事、照片、活動邀請與通知等）。</p> <p>3. 本案申請資料填寫如有不實，本人願負所有法律責任。</p>	<p>申請（填表）人：</p>   <p>（請親筆簽名或蓋章）</p>
--	--

**七、 審核結果（本欄由本會填寫）**

<b>承辦人</b>	<input type="checkbox"/> 是（審核資格與申請文件）	<input type="checkbox"/> 否 <hr/> （請簡述理由）	   （請蓋職名章並加註日期）
<b>執行長 審核意見</b>	<input type="checkbox"/> 是_____（請填下列代碼） (1) 全額補助。 (2) 僅補助_____項目_____元。	<input type="checkbox"/> 否 <hr/> （請簡述理由）	   （簽名或蓋章並加註日期）
<b>特助審核意見</b>	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <hr/> （請簡述理由）	   （簽名或蓋章並加註日期）
<b>董事長 裁示</b>	<input type="checkbox"/> 本案依前揭意見，同意補助。 <input type="checkbox"/> 本案不同意補助。		   （簽名或蓋章並加註日期）

表 2：後續追蹤表

## 瑞信兒童醫療基金會「兒少醫療補助」後續追蹤紀錄表

填表日期：○○○年○○月○○日，時間：○○點○○分~○○點○○分

個案 姓名		個案 編號		受補助 項目	
家長 姓名		聯絡 電話		聯絡 地址	
關係		追蹤評估 紀錄人員		拜訪 方式	<input type="checkbox"/> 家訪 <input type="checkbox"/> 電訪
晤談 內容 ※請列 點簡 述，並 以 1 頁 為原 則。					
晤談 結果	<input type="checkbox"/> 繼續追蹤（最長不超過 6 個月） <input type="checkbox"/> 結束追蹤（資料歸檔）				

服務人員：

單位主管：

（請蓋職名章並加註日期）

## 瑞信兒童醫療基金會醫療補助請款單

請款    沖帳

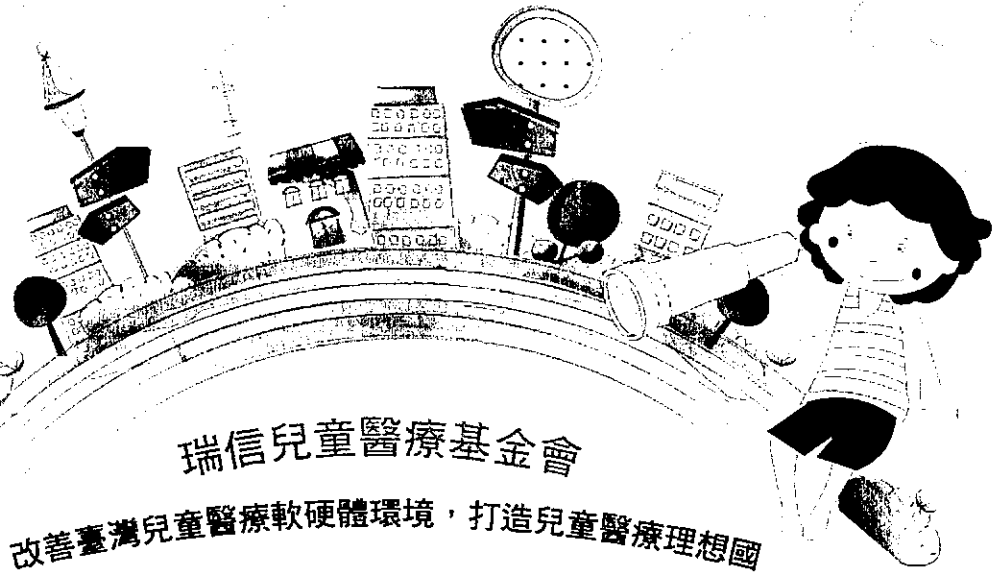
日期：106年05月10日

成本負擔部門		科目		簽核(請填日期)	
核銷科目	B01			董事長	
個案資訊					
補助項目		就診醫院		執行長	
個案編號		個案姓名			
附件	共1式			財務	出納
付款資訊					
付款方式	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 電匯 <input type="checkbox"/> 支票 ( <input type="checkbox"/> 現金票 <input type="checkbox"/> 30天票 <input type="checkbox"/> 60天票 <input type="checkbox"/> 90天票 )			部門主管	
支票抬頭		關係	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 其它_____		
銀行戶名				承辦人	
銀行	_____銀行 _____分行	銀行 代碼			
匯款帳號				領款人	
請款金額	NTD \$ 20,000	新台幣	貳萬元整		

## 瑞信兒童醫療基金會醫療補助簽收單

茲收到 瑞信兒童醫療基金會補助 新台幣 2 萬元整	<input type="checkbox"/> 醫療費用補助 <input type="checkbox"/> 加護病房關懷金 <input type="checkbox"/> 幹細胞移植關懷金 <input type="checkbox"/> 器官移植關懷金
個案編號：	具領人姓名：
個案姓名：	關係：
支票抬頭：	身分證字號：
支票號碼：	聯絡地址：
	電話：
※關於補助款項部分，基金會將於年底開立「免扣繳憑單」，供納稅義務人列舉其他所得。 (依所得稅法第88條、89條規定辦理)	
中 華 民 國      106      年      月      日	





# 兒 少 醫 療 補 助

We are here to help you!



### 補助對象

1. 設籍臺灣地區（含離島）之18歲（含）以下孩子
2. 經我國醫療院所醫師確診為急症或重症

### 補助金額

補助金額 家庭條件	醫療費用補助	幹細胞移植 關懷金	器官移植 關懷金	加護病房 關懷金
一般家庭	評估核定金額	10,000元	5,000元	
中低收入戶	評估核定金額	30,000元	20,000元	

### 應備文件

- ① 申請表。
- ② 診斷證明書（可由主治醫師填具申請表就醫情形替代）。
- ③ 全戶之新式戶口名簿或三個月內有效之戶籍謄本（需記事）。
- ④ 戶籍所在地直轄市、縣(市)主管機關審核認定之中、低收入戶證明（符合資格者才需繳交）。
- ⑤ 申請「醫療費用補助」須另檢附下列文件：
  - (1) 近一年全戶籍財稅證明。
  - (2) 就醫繳費收據或繳款通知單影本。

### 申請流程與方式

- 1 經就診醫院社會工作師評估
- 2 會同主治醫師填具申請表
- 3 送基金會審核

※相關補助規定請參考最新版兒少醫療補助辦法。

### 聯絡瑞信

瑞信兒童醫療基金會（衛署醫字第0910045874號）  
電話：(02) 8228-0560  
傳真：(02) 8228-0561  
地址：235新北市中和區連城路268號17樓

### 支持瑞信

匯款帳戶：財團法人瑞信兒童醫療基金會  
匯款帳號：安泰商業銀行中和分行016-126033-33800

捐發票愛心碼2002

### 加入瑞信



官網

臉書粉絲專頁

