

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

1926

## 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。

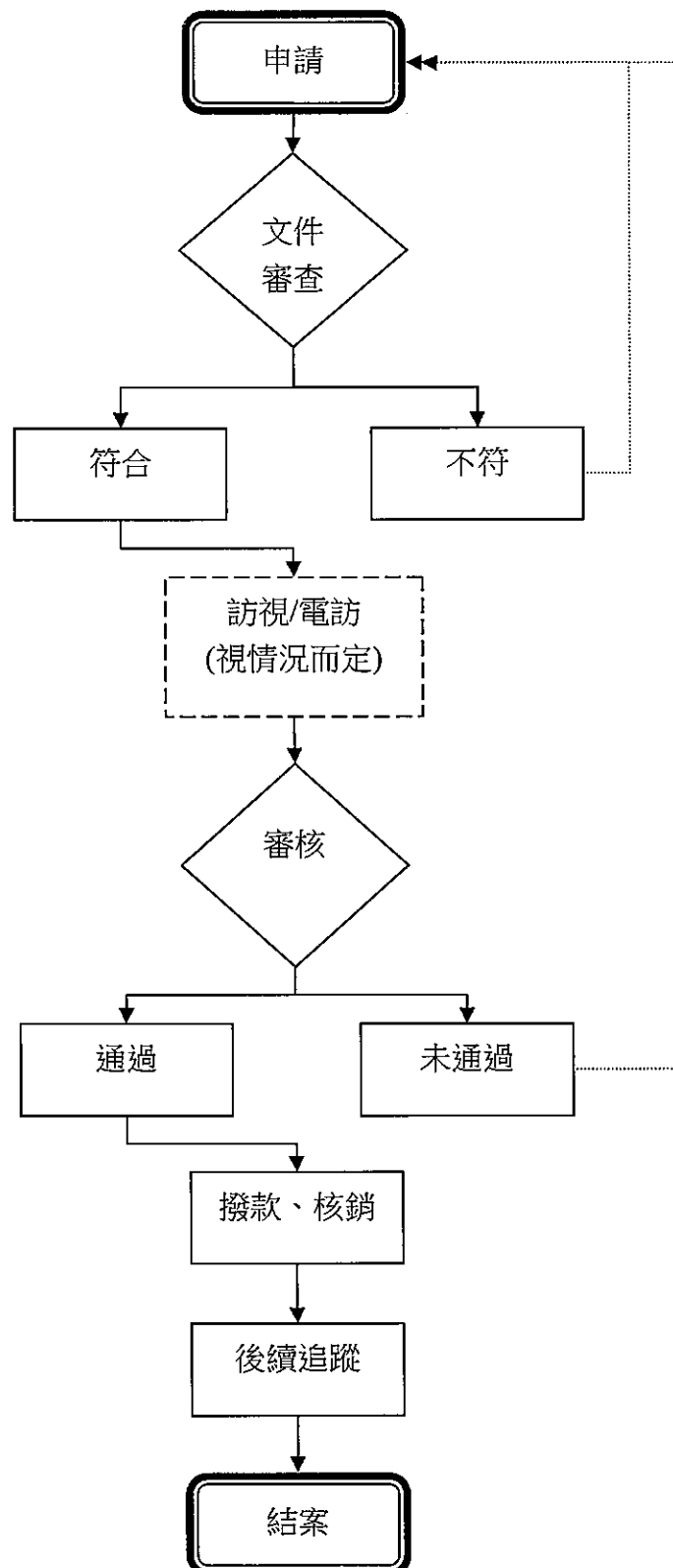
#### **四、審核與撥款**

- (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



# 瑞信兒童醫療基金會「兒少醫療補助」申請表

申請編號：(由本會填寫)

4



### 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<br>減免 | 醫院<br>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<br><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）<br><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<br><input type="checkbox"/> 就醫繳費收據或繳款通知單影本<br><input type="checkbox"/> 中、低收入證明文件影本 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



|                                                                                                                                                   |                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 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。<br>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）。<br>3. 本案申請資料填寫如有不實，本人願負所有法律責任。 | 申請（填表）人：<br><br><br>（請親筆簽名或蓋章） |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|

### 七、 審核結果（本欄由本會填寫）

|             |                                                                                                                                     |                       |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 承辦人         | <input type="checkbox"/> 是（審核資格與申請文件）<br><br><input type="checkbox"/> 否<br>_____<br>（請簡述理由）                                         | _____<br>（請蓋職名章並加註日期） |
| 執行長<br>審核意見 | <input type="checkbox"/> 是_____（請填下列代碼）<br>(1) 全額補助。<br>(2) 僅補助_____項目_____元。<br><br><input type="checkbox"/> 否<br>_____<br>（請簡述理由） | _____<br>（簽名或蓋章並加註日期） |
| 特助審核意見      | <input type="checkbox"/> 是<br><br><input type="checkbox"/> 否<br>_____<br>（請簡述理由）                                                    | _____<br>（簽名或蓋章並加註日期） |
| 董事長<br>裁示   | <input type="checkbox"/> 本案依前揭意見，同意補助。<br><input type="checkbox"/> 本案不同意補助。<br><br>_____<br>（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<br>姓名                                          |                                                                               | 個案<br>編號     |  | 受補助<br>項目 |                                                         |
| 家長<br>姓名                                          |                                                                               | 聯絡<br>電話     |  | 聯絡<br>地址  |                                                         |
| 關係                                                |                                                                               | 追蹤評估<br>紀錄人員 |  | 拜訪<br>方式  | <input type="checkbox"/> 家訪 <input type="checkbox"/> 電訪 |
| 晤談<br>內容<br>※請列<br>點簡<br>述，並<br>以 1 頁<br>為原<br>則。 |                                                                               |              |  |           |                                                         |
| 晤談<br>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<br><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<br><input type="checkbox"/> 其它 _____ |           |    |
| 銀行戶名   |                                                                                                                                                                                                                     |          |                                                                                            | 承辦人       |    |
| 銀行     | _____ 銀行<br>_____ 分行                                                                                                                                                                                                | 銀行<br>代碼 |                                                                                            |           |    |
| 匯款帳號   |                                                                                                                                                                                                                     |          |                                                                                            | 領款人       |    |
| 請款金額   | NTD \$ 20,000                                                                                                                                                                                                       | 新台幣      | 貳萬元整                                                                                       |           |    |

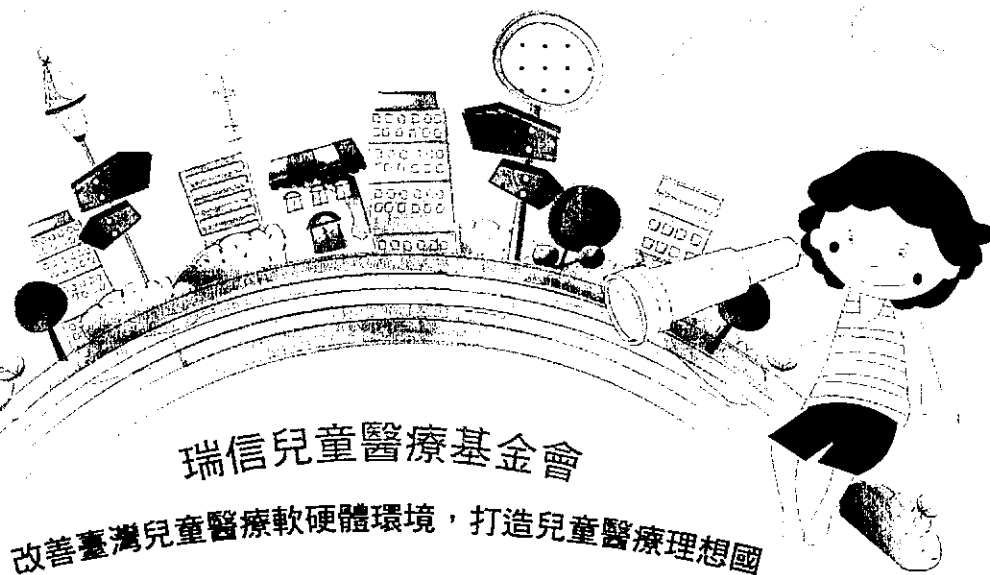
## 瑞信兒童醫療基金會醫療補助簽收單

|                                                                    |        |                                                                      |                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 茲收到 瑞信兒童醫療基金會補助<br>新台幣 2 萬元整                                       |        | <input type="checkbox"/> 醫療費用補助<br><input type="checkbox"/> 幹細胞移植關懷金 | <input type="checkbox"/> 加護病房關懷金<br><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。<br>(依所得稅法第 88 條、89 條規定辦理) |        |                                                                      |                                                                      |
| 中 華 民 國 106 年 月 日                                                  |        |                                                                      |                                                                      |





瑞信兒童醫療基金會

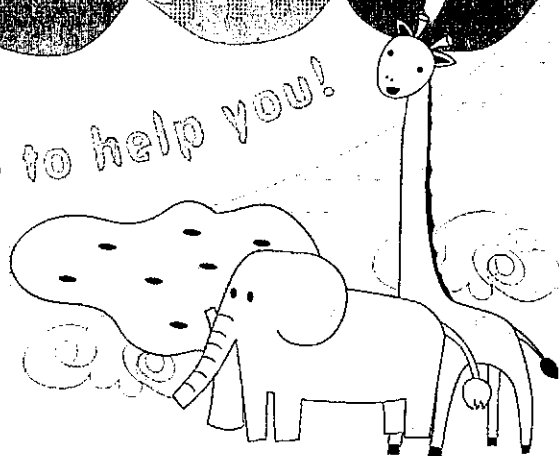


瑞信兒童醫療基金會

改善臺灣兒童醫療軟硬體環境，打造兒童醫療理想國

# 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<br>家庭條件 | 醫療費用補助 | 幹細胞移植<br>關懷金 | 器官移植<br>關懷金 | 加護病房<br>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     |

## 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。

## 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。

## 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

