

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

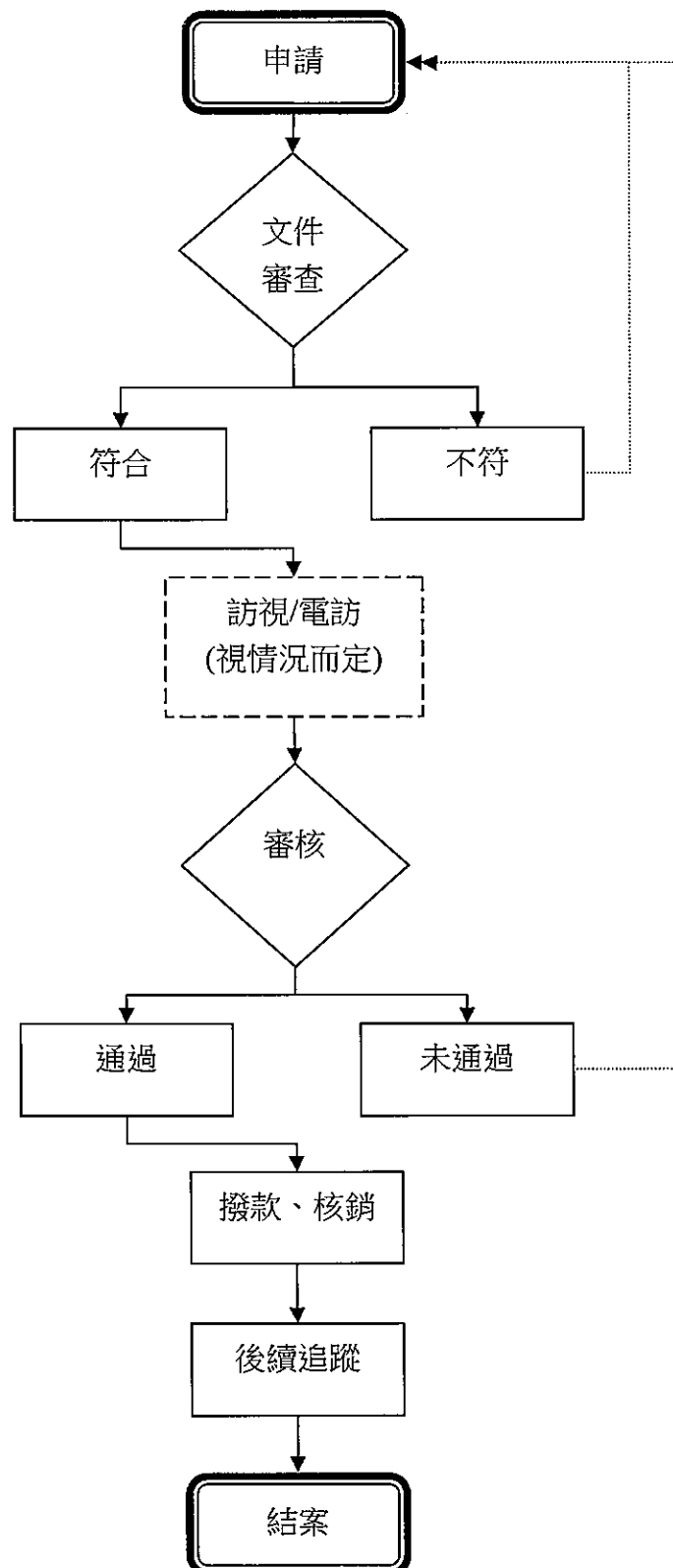




表 1：兒少醫療補助申請表

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)

一、 申請(填表)人基本資料			
姓名		身分證字號	
手機號碼		市內電話	
關係	☐ 父、母親 ☐ 主要照顧者(關係：)	E-mail	
二、 孩子基本資料			
姓名		身分證字號	
出生日期	民國 年 月 日	經濟身分	☐ 中低收入戶/卡號： ☐ 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 ☐ 同上 市 市區 街 段 巷 弄 號 樓之		
是否曾接受本會補助	☐ 否 ☐ 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)	☐ 承辦人親訪(臺北市、新北市、基隆市、桃園市) ☐ 本會志工親訪(高雄市) ☐ 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）

☐ 申請書 ☐ 診斷證明書（可由主治醫師填具申請表就醫情形替代） ☐ 全戶新式戶口名簿或三個月內有效之戶籍謄本（需記事）	☐ 近一年全戶籍財稅證明 ☐ 就醫繳費收據或繳款通知單影本 ☐ 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。 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）。 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： （請親筆簽名或蓋章）
---	----------------------------

七、 審核結果（本欄由本會填寫）

承辦人	☐ 是（審核資格與申請文件） ☐ 否	_____ （請簡述理由）	_____ （請蓋職名章並加註日期）
執行長 審核意見	☐ 是_____（請填下列代碼） (1) 全額補助。 (2) 僅補助_____項目_____元。	☐ 否 _____ （請簡述理由）	_____ （簽名或蓋章並加註日期）
特助審 核意見	☐ 是 ☐ 否	☐ 否 _____ （請簡述理由）	_____ （簽名或蓋章並加註日期）
董事長 裁示	☐ 本案依前揭意見，同意補助。 ☐ 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	☐ 家訪 ☐ 電訪
晤談 內容 ※請列 點簡 述，並 以 1 頁 為原 則。					
晤談 結果	☐ 繼續追蹤（最長不超過 6 個月） ☐ 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

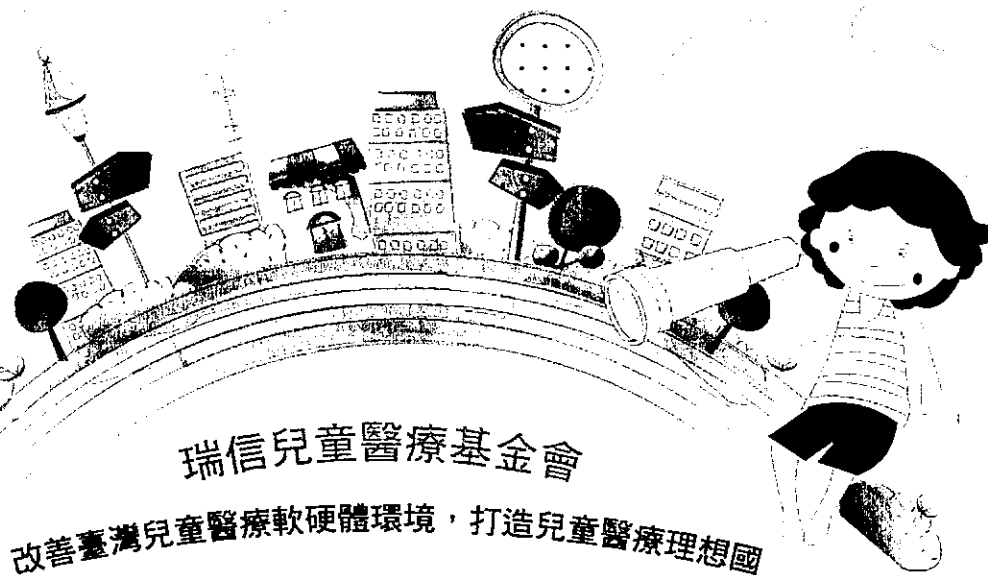
成本負擔部門		科 目		簽核 (請填日期)	
核銷科目	B01			董事長	
個案資訊					
補助項目		就診醫院		執行長	
個案編號		個案姓名			
附件	共 1 式			財務	出納
付款資訊					
付款方式	☐ 現金 ☐ 電匯 ☐ 支票 (☐ 現金票 ☐ 30 天票 ☐ 60 天票 ☐ 90 天票)			部門主管	
支票抬頭		關係	☐ 父 ☐ 母 ☐ 其它_____		
銀行戶名				承辦人	
銀行	_____銀行 _____分行	銀行 代碼			
匯款帳號				領款人	
請款金額	NTD \$ 20,000	新台幣	貳萬元整		

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		☐ 醫療費用補助 ☐ 幹細胞移植關懷金	☐ 加護病房關懷金 ☐ 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			



瑞信兒童醫療基金會

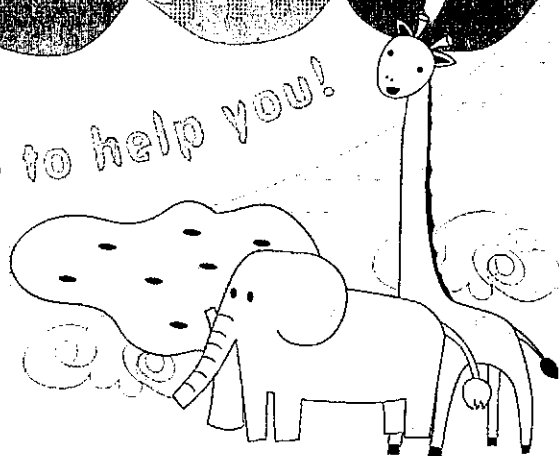


瑞信兒童醫療基金會

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 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

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

