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



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

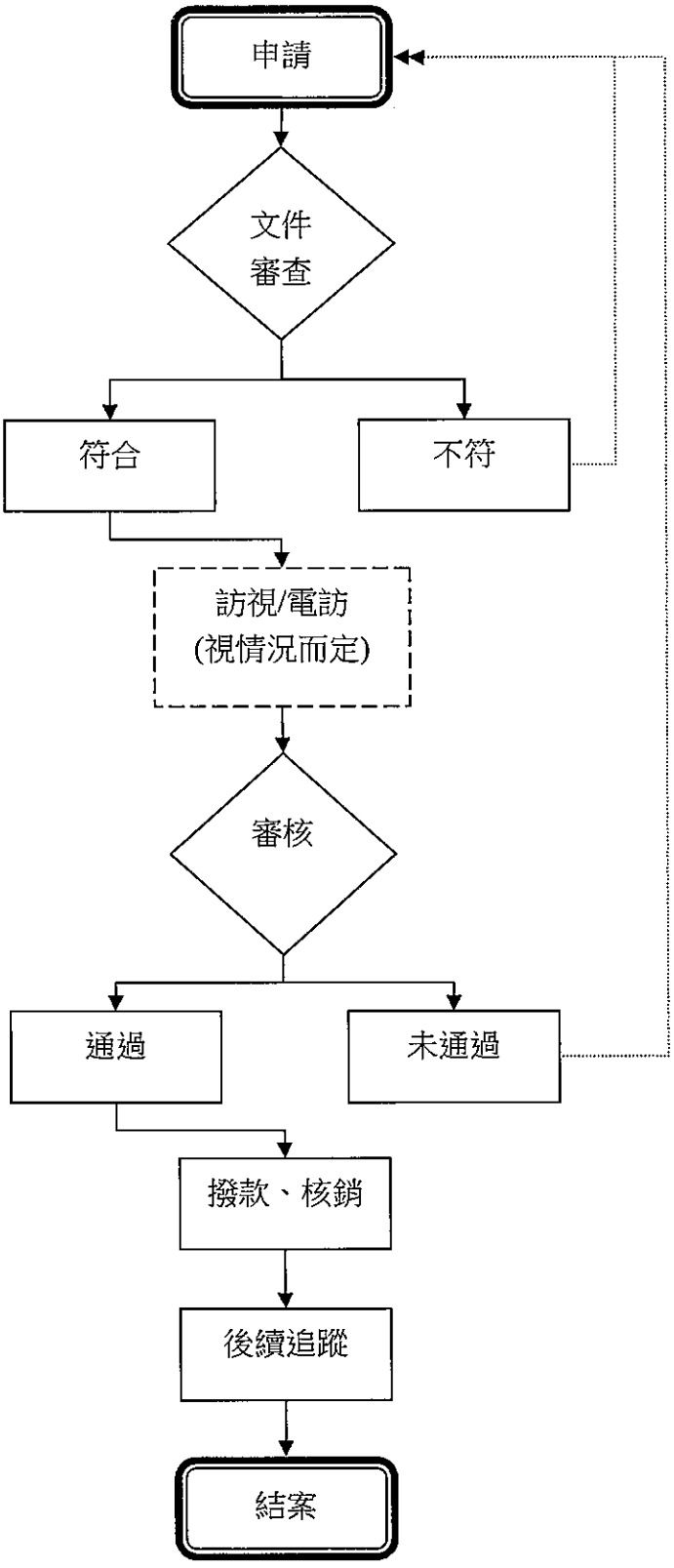


表 1：兒少醫療補助申請表

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 □同上	□□□　縣　鄉鎮　路 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 **(二) 診斷與治療情況（簡述）：** ※請說明治療的緊急性或必要性	主治醫師簽名欄 （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 _____ _____ （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：OOO 年 OO 月 OO 日，時間：OO 點 OO 分~OO 點 OO 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　□加護病房關懷金 □幹細胞移植關懷金　□器官移植關懷金
個案編號： 個案姓名： 支票抬頭： 支票號碼：	具領人姓名： 關係： 身分證字號： 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



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