

財團法人中華民國(台灣)安寧照顧基金會

安寧療護弱勢關懷補助案

102.01.09 第一次修訂
102.05.08 第二次修訂
102.06.21 第三次修訂
103.01.08 第四次修訂
105.02.02 第五次修訂

「安寧療護」是現代人性化的醫療方式，它不但用完整的症狀緩解醫療及愛心陪伴末期病人走完人生最後一程，並協助病人及家屬面對死亡之各種調適，讓生、死兩無憾。

安寧照顧基金會為協助末期病人獲得適當之醫療，及減輕經濟貧困者的家庭負擔，針對不同照顧需求提供**醫療費用補助**、**住院及居家看護費**、**安寧居家交通費及急難救助費**等需求，透過本會合約醫院社工或安寧團隊人員提出申請，給予末期病人及家屬完整的照護與關懷。

壹、補助對象

本會合約醫院服務之末期疾病病人或家庭，認同並接受安寧療護之照顧，且有下列情況者：

- 一、 經濟貧困者。
- 二、 主要照顧者長期照顧病人，致身心俱疲者需喘息照護協助。
- 三、 其他：未符合上述兩項，但病家因生理、社會心理需求，需經費協助之狀況，得另案向本會提出申請。

貳、補助項目

一、 **醫療費用補助**

(一) 補助對象

病人於接受安寧照護期間所產生之醫療相關費用。

(二) 補助項目：

1. 住院期間之一般醫療費用、病房差額、所需藥物等費用。
2. 安寧居家訪視交通費、輔具租借費等相關臨床醫療費用。
3. 其他：必須自費之必要醫療項目，以達緩解症狀為目的。

二、 **住院及居家看護費**

接受安寧照護病人的家屬，因長期照顧病人需要喘息服務。

(一) 補助對象

1. 主要照顧者僅一人且非看護工。
2. 主要照顧者連續照顧達二個月以上。

(二) 補助項目：

1. 住院及居家看護費用。(含看護的照顧費及居家訪視交通費)
2. 補助費用原則上每次至多一萬元，一年二萬元為上限。

三、 **急難救助**

家庭因末期病人照顧或醫療，發生生活困頓或問題，極需給予暫時性經濟補助得以紓困者。

(一) 補助對象

1. 病人或主要照顧者為家庭主要經濟來源，因罹患重大疾病或照顧因素無法外出工作，導致生活陷入困境者。
2. 其他：病家因末期病人之醫療或其他因素發生需予經濟救助等狀況。

(二) 補助項目：

1. 病人於罹病期間產生之營養補給品、喪葬費、生活費、救護車費或其他必要費用。
2. 補助費用原則上以一年二萬元為上限。

四、 **其他** (未符合上述項目，可經由合約醫院社工或安寧團隊人員專案向本會提出申請)。

叁、申請作業說明

1. 由本會合約醫院社工或安寧團隊人員評估後提出申請。
2. 為考量資源分配之公平性，上述補助項目，每位申請對象至多兩項。

肆、注意事項：

(一)合約醫院應檢附具下列資料：

1. 安寧療護個案關懷補助案申請單。(頁 3)
2. 申請看護費用者，需檢附看護服務證明書及各縣市政府核發之看護結業證明書影本。(頁 4)
3. 申請急難救助費用者，需檢附全戶戶籍謄本或戶口名簿影本；用途為喪葬費者，請附明細單。

(二)個案申請資料經審核通過後，與合約醫院辦理費用核撥。

二、處遇內容及計畫(含需求評估)

(如申請急難救助，請具體說明急難救助原因；若使用於喪葬費用，請附喪葬費用明細單)

三、其他(除上述原因外，可再補充說明於此)

安寧團隊人員簽章：

或社工師簽章：

(本表格若不敷使用，請自行印製)

依申請補助項目，請勾選所附證明文件

- 醫療費用收據 看護結業證明書 居家交通費簽單 全戶戶籍謄本或戶口名簿影本 低收入戶或清寒證明
其它：

病家已申請其他社會資源補助：(請填寫下方資料，如尚在申請中，請於補助金額欄填寫申請中。本補助資料，僅作為本會審核參酌，不影響申請本會的補助。)

- 有
1. 本院已補助金額：_____元
2. 機構名稱：：_____，補助金額_____元

無

本次預定申請補助金額：_____元，並請提供受款人『帳戶存摺封面』影本。

※以下由基金會填寫※

審核		結案	<input type="checkbox"/> 1. 掛號 <input type="checkbox"/> 2. 回條 <input type="checkbox"/> 3. 收據
----	--	----	--

財團法人中華民國 (台灣) 安寧照顧基金會

看護服務證明書

茲證明 _____ 為合格病患服務員，於 _____ 醫院提供
病患 _____ 看護服務之狀況如下：

看護時間起迄	班別	班別單價	小計金額
自 年 月 日 時 至 年 月 日 時	<input type="checkbox"/> 全 (24 小時) <input type="checkbox"/> 日 (12 小時) <input type="checkbox"/> 夜 (12 小時) <input type="checkbox"/> 其他時數 _____		
自 年 月 日 時 至 年 月 日 時	<input type="checkbox"/> 全 (24 小時) <input type="checkbox"/> 日 (12 小時) <input type="checkbox"/> 夜 (12 小時) <input type="checkbox"/> 其他時數 _____		
(※以上資料請確實填寫月、日、時，以利審查作業)			
總計金額：新台幣 萬 仟 佰 拾元整			
看護員簽名與蓋章：		身分證字號：	
		聯絡電話：	
		戶籍地址：	

經確認，上述看護期間確為 年 月 日至 年 月 日

證明人： (請醫院醫療團隊人員蓋職章)

【以上各項資料若有塗改，需於塗改處押章】

看護本人之身分證正、反面或居留證影本黏貼處

【本資料僅提供申請補助使用，不得用於其他用途】

正面

反面