附件五：

（機關名稱）年月份收容人因病申請重病補助及家庭情形名冊簡表

姓名							
病名							
醫院名稱							
住出院日期							
應付醫療費							
收容人自付款							
本監付膳食費							
家庭情形							
擬報部申請補助金額							
備註							