**「南投縣經濟弱勢族群就醫相關費用補助計畫」申請書 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **個案基本資料** | 姓名 | |  | 身分證字號 |  | 電話 | |  |
| 性別 | |  | 生日 | 民國 年 月 日 | 行動電話 | |  |
| 聯絡地址 | |  | | | | | |
| **申請補助項** | □健保部分負擔費：新台幣\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元。□住院膳食費：新台幣\_\_\_\_\_\_\_\_元  □偏遠地區交通費：新台幣\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元。□掛號費：新台幣\_\_\_\_\_\_\_\_\_元  □救護車費：新台幣\_\_\_\_\_\_\_\_元 □健保欠費：新台幣\_\_\_\_\_\_\_\_\_元  □無健保身分者就醫時之醫療自付費用(以健保給付範圍為限) ：新台幣\_\_\_\_\_\_\_\_元 | | | | | | | |
| **證明文件** | 必備文件 | □國民身分證正反面影本或近3個月戶口名簿影本乙份。  □補助對象及經濟弱勢困難認定標準證明如下：(檢具本府社會局及所屬單  位或各鄉鎮市公所或本國政府機關認定經濟困難並開立證明之一者)  □具低收入戶(其資格認定係依據社會救助法第4條規定)  □中低收入戶資格者(其資格認定係依據社會救助法第4-1條規定)  □中低收入老人生活津貼  □身心障礙生活補助  □街友、遊民安置輔導辦法之證明者。  □其他弱勢證明文件。 | | | | | | |
| 其他證明文件 | **依實際申請項目檢附**  □醫療費用明細收據正本。  □救護車費用收據正本。  □計程車車資證明收據。  □急診醫師開立之需緊急就醫證明、院間轉診證明或強制就醫證明。  □健保繳款單及欠費明細表  □同意書  □其他 | | | | | | |
| 初審結果 | | □合格 □不合格(原因： ) | | | | | | |
| 初審金額 | | 元 | | | | | | |
| 社工師(員)或衛生所人員 | |  | | | 單位主管 | |  | |
| 複審結果 | | □合格 □不合格(原因： )  複審金額：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元 | | | | | | |
| 承辦人 | |  | | | 單位主管 | |  | |

備註:

1.每位個案**每年補助最高金額為30,000元整**(含就醫費用及健保欠費)。

2.補助對象若符合縣(市)醫療補助辦法第2條，依法已受補助者，或政府已依相關規定編列預算執行者，皆不予補助。

3.填寫資料若有更正處，請於塗改處加蓋填寫人印章。

4.當年度經費如已用罄，將不再受理相關申請補助。

5.各項費用核銷皆需檢附相關證明文件。

\*就醫相關費用部分需檢附醫療費用明細收據正本。

\*交通費部份(救護車費用及偏遠地區交通費)除檢附相關收據正本，另需檢附急診醫師開立之緊急就醫證明、院間轉診證明或強制就醫證明。

6.偏遠地區之定義及範圍：本縣信義鄉、仁愛鄉；中寮鄉、國姓鄉、魚池鄉、鹿谷鄉。

**同 意 書**

**本人 ，戶籍地南投縣 鄉鎮(市) ，申請「南投縣經濟弱勢族群就醫相關費用補助計畫」，申請項目及費用如下：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **項目** | **經費內容** | **合計(元)** |
| **□健保欠費** | **無力繳納健保費或積欠健保費者，予以協助繳納健保欠費之金額。每人每年補助上限6,000元。** |  |
| **□健保部分負擔** | **係指健保在保者，就醫時，由醫療院所代為取健保給付範圍之自付費用(包含門診、急診、住院)** |  |
| **□住院膳食費** | **（住院期間健保不給付之膳食費用，惟經費用罄即通知停止核付）** |  |
| **□掛號費** | **健保不給付之門診、急診及住院掛號費用** |  |
| **□無健保身分者就醫時之醫療自付費用** | **（係指健保不在保者，就醫時，醫療院所依健保支付標準所收取之費用(診察費、藥劑費、注射技術費、檢驗費、X光檢查、電腦斷層費、藥事服務費、護理費、開刀費等)** |  |
| **合 計** | |  |

**茲已檢附：□國民身分證正反面影本、戶口名簿影本乙份或居留證或護照影本(為因應有健保身分之外籍人士)□低收入戶證明文件 □中低收入戶證明文件 □其他弱勢證明文件 □各級政府證明文件 □醫療費用明細或醫療收據或相關書據□健保繳款單□申請人存摺封面影本）且同意由 衛生所代為申請，再向南投縣政府申請，由南投縣政府將該筆款項領回轉發給申請人，申請人若已重複申請費用超出每人每年30,000元；不予補助。**

**此致**

**南投縣政府**

**申請人簽章：**

**身分證字號：**

**中 華 民 國　 年 月 日**

**經濟弱勢就醫補助證明書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **經濟弱勢者姓名** | **出生日期** | **年齡** |
|  |  |  |
| **戶籍地址** |  | |
| **說明** |  | |
| **訪視人員核章：** | |
| **補助期間** | **年 月 日至 年 月 日** | |

|  |
| --- |
| **公所關防** |

**中華民國 年 月 日**

**共同委任及切結書**

**茲為辦理 君（身分證字號： ）申請弱勢就醫補助事宜，吾等當序法定繼承人共 人，共同委任並授權 代表申領該補助款之全部款項並負責分與各繼承人。如因申領上開補助款發生任何法律責任及爭訟，委任人暨受任人願付一切責任。**

**委任人： （簽章）**

**受任人： （簽章）**

**此致**

**南投縣政府衛生局**

**中華民國 年 月 日**

**委 託 書**

**立委託書人 茲因工作忙碌無法親自辦理，**

**事特委託 代為辦理並授權代理本人具對該項事務有關之一切證明文件是實。如因申領上開補助款發生任何法律責任及爭訟，委任人暨受任人願付一切責任。**

**委任人： （簽章）**

**受任人： （簽章）**

**此致**

**南投縣政府衛生局**

**中華民國 年 月 日**