

「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	<input type="checkbox"/> 健保部分負擔費：新台幣_____元。 <input type="checkbox"/> 住院膳食費：新台幣_____元 <input type="checkbox"/> 偏遠地區交通費：新台幣_____元。 <input type="checkbox"/> 掛號費：新台幣_____元 <input type="checkbox"/> 救護車費：新台幣_____元 <input type="checkbox"/> 健保欠費：新台幣_____元 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 國民身分證正反面影本或近3個月戶口名簿影本乙份。 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 具低收入戶(其資格認定係依據社會救助法第4條規定) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 中低收入老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 身心障礙生活補助 <input type="checkbox"/> 街友、遊民安置輔導辦法之證明者。 <input type="checkbox"/> 其他弱勢證明文件。				
	其他證明文件	依實際申請項目檢附 <input type="checkbox"/> 醫療費用明細收據正本。 <input type="checkbox"/> 救護車費用收據正本。 <input type="checkbox"/> 計程車車資證明收據。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 健保繳款單及欠費明細表 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 其他				
初審結果	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> 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。	
<input type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> 掛號費	健保不給付之門診、急診及住院掛號費用	
<input type="checkbox"/> 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

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