



高雄市政府衛生局公益彩券回饋金-協助弱勢個案就醫補助計畫申請書

受理醫療院所名稱：_____

病患姓名	身分證字號	出生日期	年 月 日
申請日期	年 月 日	診 斷	<input type="checkbox"/> 門診 _____ <input type="checkbox"/> 急診 _____ <input type="checkbox"/> 住院 _____
身 分 別	<input type="checkbox"/> 健保身分者 <input type="checkbox"/> 無健保身分者		
補助項目及金額	<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"/> 急診留觀費新台幣_____元 <input type="checkbox"/> 健保欠費新台幣_____元 <input type="checkbox"/> 無健保身分者醫療自付費用(健保給付範圍為限)新台幣_____元		
聯絡電話	日：	夜：	
通訊地址			
社工師或衛生所人員評估個案家庭經濟狀況			
證明文件	<input type="checkbox"/> 國民身分證正反面影本或最近3個月內全戶戶口名簿影本乙份；居留證或護照影本(為因應有健保身分之外籍人士)。 ※補助對象及經濟困難認定標準證明如下:(檢具本府社會局及所屬單位或本市區公所開立下列證明之一者) <input type="checkbox"/> 具低收入戶(檢附低收入戶之證明) <input type="checkbox"/> 中低收入戶資格者(檢附中低收入戶之證明) <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"/> 弱勢兒童及少年生活扶助 <input type="checkbox"/> 弱勢兒童及少年醫療補助 <input type="checkbox"/> 單親家庭子女生活教育補助 <input type="checkbox"/> 特境家庭子女生活津貼 <input type="checkbox"/> 馬上關懷急難救助證明 <input type="checkbox"/> 街友、遊民安置輔導辦法之證明者。(如本市三民街友中心、鳳山街友中心開立證明) ※ 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。		
初審結果(醫療機構)	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格(原因：_____)		
初審金額		申請人簽名	

甲乙聯：向衛生局申辦補助款
丙聯：申請醫療機構收存
丁聯：繳交申請人收存

社工師(員) 或衛生所人 員		科 室 主 管		會 計		機 關 首 長	
複審結果 (衛生局)	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 (原因：)						
複審核定 金額				複審單位			

注意事項：

1. 補助標準：每人在同一年度內最高補助上限金額為新台幣 30,000 元，不得重複請領。因本案為中央補助款，相關補助金額及名額有限，經費用罄將提前截止。(1) 偏遠地區交通費每人每年以 2,000 元為上限(係指甲仙、六龜、桃源、茂林、那瑪夏及杉林等 6 區，前往本市醫療機構就醫補助交通費用，以計程車費就醫後返家為主，並需出具收據)(2) 救護車費以每人每年 6,000 元為限(病患因緊急狀況就醫、院間轉診或強制就醫時之救護車費用，包含隨車救護人員費用，且需出具收據及就醫證明)。
2. 補助項目限制身份者：健保部分負擔限「健保身分者」申請；無健保身分者醫療自付費用(指健保不在保者，就醫時以健保給付範圍為限之醫療支付費用)限「無健保身分者」申請。