



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"/> 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或本國政府機關認定經濟困難並開立證明者，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"/> 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(或捺印) _____		
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 _____

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

注意事項：(詳如計畫書公布內容)

- 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，**限當年度就依相關費用**。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(係指六龜、桃源、茂林、那瑪夏等 4 區，病患就醫、轉診或返家所搭乘計程車或自用汽(機)車之交通費用。須提供參照同路段公民營客運汽車之票價及里程)。(2) 救護車費以每人每年 6,000 元為限(申請救護車費用時需檢附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；申請偏遠地區交通費時需檢附就醫或接受居家醫療照護服務等證明)。
- 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。