

高雄市政府衛生局協助弱勢個案就醫補助申請須知

一、注意事項

1. 本計畫為中央補助款，相關補助經費及名額有限，**經費用罄將提前截止受理申請。**
2. 本計畫各項補助費用合計**每人每年 30,000 元為上限。**
3. 本計畫各項補助項目**限當年度相關費用且不得重複請領。**
4. 本計畫僅受理符合補助項目之相關費用收據正本或欠費明細(欠費限於就醫醫院申請)，**影本、副本或補發收據皆不予補助。**
5. 倘申請人因故需委託他人辦理或匯款帳戶非本人之帳戶時，需填具切結書，且切結書需有申請人之親筆簽名或捺印。
6. 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。

二、申辦文件

1. 申請人身分證正反面影本或戶口名簿影本一份；居留證或護照影本(為因應有健保身分之外籍人士)。
2. 當年度經濟困難資格證明文件，如：低收、中低收入戶證明文件、其他經濟弱勢證明(中低收入老人生活津貼、身心障礙生活補助、弱勢兒童及少年生活扶助、弱勢兒童及少年醫療補助、單親家庭子女生活教育補助、特境家庭子女生活津貼或街友、遊民安置輔導辦法之證明)。
3. 相關費用收據正本或欠費明細**(欠費限於就醫醫院申請，並需註記「與正本相符」及出具單位「戳章」)**。
4. 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；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。
5. 倘申請人因故需委託他人辦理或匯款帳戶非本人之帳戶時，需填具切結書，且切結書需有申請人之親筆簽名或捺印。
6. 申請人金融帳戶封面影本。

三、補助項目說明 (※下列各項補助費用合計每人每年 30,000 元為上限)

編號	申請項目	說明
1	健保欠費	<ol style="list-style-type: none"> 1. 健保欠費每人每年以 6,000 元為上限 2. 僅補助 110 年度按月繳納之健保費，以前年度積欠費用不予補助 3. 申請時需檢附中央健康保險署保險費收據正本
2	健保部分負擔	<ol style="list-style-type: none"> 1. 掛號費每張收據以 300 元為上限 2. 申請住院膳食費需註記申請費用之天數
3	住院膳食費	<ol style="list-style-type: none"> 3. 申請時需檢附醫療明細收據正本或欠費明細(欠費限於就醫醫院申請，並需註記「與正本相符」及出具單位「戳章」)
4	掛號費	
5	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)	<p>※不補助項目：病房差額費、看護費用、證明書費用、醫療特材費用、非屬健保支付標準所收取之費用(美容整型、矯正牙齒、義齒…等)</p>
6	救護車費用	<ol style="list-style-type: none"> 1. 救護車費用每人每年以 6,000 元為上限 2. 申請時需檢附救護車公司收據正本或欠費明細(欠費限於就醫醫院申請，並需註記「與正本相符」及出具單位「戳章」) 3. 申請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(如:診斷證明書)
7	偏遠地區交通費	<ol style="list-style-type: none"> 1. 偏遠地區交通費每人每年以 2,000 元為上限 2. 偏遠地區之定義及範圍：本市茂林區、桃源區、那瑪夏區、六龜區、田寮區、內門區、永安區、杉林區、甲仙區、東沙島、太平島等 9 區及 2 島 3. 申請時需檢附計程車收據正本；若為搭乘自用汽(機)車就醫(訪視)、轉診或返家者，參照同路段(如無相同路段可參照鄰近地區)公民營客運汽車之票價及里程 4. 申請時需檢附就醫或接受居家醫療照護服務等證明

四、申請書填寫範例

受理醫療院所名稱：○○○醫院/○○○衛生所

病患姓名	王小明		身分證字號	E1234567XX		出生日期	○年○月○日				
申請日期	○年○月○日		診 斷	<input checked="" type="checkbox"/> 門診 _____ <input type="checkbox"/> 急診 _____ <input type="checkbox"/> 住院 _____							
身 分 別	<input checked="" type="checkbox"/> 健保身分者 <input type="checkbox"/> 無健保身分者(請注意!就醫相關費用已繳費者,需提供收據正本。)										
補助項目及金額	<input checked="" type="checkbox"/> 健保部分負擔費新台幣 <u>300</u> 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 checked="" type="checkbox"/> 掛號費新台幣 <u>300</u> 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： 091212121X				夜： 091212121X						
通訊地址	○市○區○路/村/街○段○巷○弄○號○樓										
社工師或衛生所人員評估個案家庭經濟狀況	請社工師或衛生所人員簡單敘述個案家庭之經濟狀況										
證明文件	<input checked="" type="checkbox"/> 國民身分證正反面影本或最新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"/> 低收入戶(檢附低收入戶之證明) <input checked="" type="checkbox"/> 中低收入戶(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 checked="" type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格(原因: 不合格請簡單敘述不合格之原因,如:未符合補助資格或補助項目等)										
初審金額	600 元			申請人簽名(或捺印)		王小明					
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					

由衛生所、醫療院所協助填寫

由衛生局填

五、切結書填寫範例

受理醫療院所名稱：○○○醫院/○○○衛生所

本人 王小明 申請就醫補助費用：

因故無法親自前往辦理，特委託 王大明 (與本人關係：父子) 代為辦理。

因故無法使用本人之金融帳戶，同意補助款全數匯入 王大花 (與本人關係：母子) 之帳戶如下。

特立此書為據，如有不實，願負一切法律責任，並歸還已補助金額。

此致 ○○○○○○○○ 院(衛生所)

● 委託人：王小明 (親筆簽名或捺印)

身分證字號：E1234567XX

● 被委託人：王大明 (親筆簽名或捺印)

身分證字號：E1234568XX

連絡電話：091212121X

地址：○市○區○路/村/街○段○巷○弄○號○樓

● 金融機構名稱：○○○○銀行

匯款帳號為申請人本人之帳號，免填

戶名：王大花

帳號：03241255122X

身分證字號：E2234569XX

中 華 民 國 ○ 年 ○ 月 ○ 日

甲聯：向衛生局申辦補助款

乙聯：申請醫療機構收存

丙聯：繳交申請人收存