

新竹市衛生局弱勢族群就醫補助計畫申請書

108.7 修訂

申請日期： 年 月 日

申請方式	<input type="checkbox"/> 申請人自行申請 <input type="checkbox"/> 鄰里/政府機關/社福機構(關)團體/醫療機構轉介 單位名稱：_____ 聯絡人：_____ 聯絡電話：_____		
轉介單位評估 申請人家庭經濟狀況	問題及處遇(含轉介、資源連結及欲前往就醫之醫院診所)：		
評估人員	單位及 職稱		簽名

申 請 人	姓名		身分證字號	
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	年 月 日
	住址	戶籍地址：_____ 居住地址： <input type="checkbox"/> 同戶籍地 _____ <b style="color: red;">(需設籍本市者，才能申請補助)		
	聯絡電話	市話：_____ 行動電話：_____		
	身分別	<input type="checkbox"/> 健保身分者 <input type="checkbox"/> 無健保身分者		
	經濟困難證明文件	<input type="checkbox"/> 低收入戶證明(區公所) <input type="checkbox"/> 中低收入戶證明(區公所) <input type="checkbox"/> 中低收入老人生活津貼證明(區公所) <input type="checkbox"/> 身心障礙生活補助證明(區公所) <input type="checkbox"/> 弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助證明(區公所) <input type="checkbox"/> 特殊境遇家庭扶助-子女生活津貼證明(區公所) <input type="checkbox"/> 符合本市街友(或遊民)安置輔導辦法者(社會處開立證明) <input type="checkbox"/> 其他各級政府認定經濟困難並開立之證明		
	申請費用類別	<input type="checkbox"/> 健保欠費 <input type="checkbox"/> 健保部分負擔 <input type="checkbox"/> 住院膳食費 <input type="checkbox"/> 掛號費 <input type="checkbox"/> 救護車費用(每人每年 6000 元為上限) <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) *各項補助費用合計，每人每年以新臺幣 3 萬元為上限。		
	檢附文件	<input type="checkbox"/> 申請人身分證正反面影本；居留證或護照影本(有健保身分之外籍人士) <input type="checkbox"/> 申請救護車費用補助須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 <input type="checkbox"/> 健保欠費明細及繳費單正本(申請健保欠費補助者提供) <input type="checkbox"/> 醫療費用收據正本 <input type="checkbox"/> 存摺影本及本局收據(台灣銀行帳戶轉帳者免 30 元匯款手續費) <input type="checkbox"/> 委託書(非本人申請須備)		

簽章	<p>1. 本表有關申請人之資料及文件，均係申請人據實提供；社會工作人員對於申請人及家庭之訪視，係申請人或家屬據實陳述，如有不實願負相關法律責任。</p> <p>2. 同意主管機關如有基於個案評估及審核之必要調閱本人及家屬之戶籍或財稅有關資料。</p> <p>3. 申請人未重覆申請其他單位健保及就醫部分負擔等醫療補助項目，一經查明取消補助相關費用，如已領取補助須返還本局。</p> <p style="text-align: right;">申請人簽名蓋章：_____日期：____年____月____日</p>
----	---

注意事項：(詳如計畫書公布內容)

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，限當年度就醫相關費用。因本案為中央補助款，相關補助金額及名額有限，經費用完將提前截止。
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。

核定結果	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 新竹市衛生局弱勢族群就醫補助計畫補助對象。	
核定機關		(第二層決行)