

「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					
申請項目	☐ 健保部分負擔費：新臺幣_____元 ☐ 住院膳食費：新臺幣_____元 ☐ 偏遠地區交通費：新臺幣_____元 ☐ 掛號費：新臺幣_____元 ☐ 救護車費：新臺幣_____元 ☐ 健保欠費：新臺幣_____元					
證明文件	必備文件	☐ 國民身分證正反面影本近 3 個 戶口名簿影本份。 ☐ 補助對象及經濟弱勢困難認定標準證明下：（檢具縣社會局及所屬單位或各鄉鎮市公所或縣政府機關認定經濟困難並開立證明一者） ☐ 具低收入戶（其資格認定係依據社會救助法第 4 條規定） ☐ 中低收入戶者（其資格認定係依據社會救助法第 4-1 條規定） ☐ 中低收入老人生活津貼 ☐ 身心障礙生活補助 ☐ 街友、遊民安置輔導辦法之證明。				
	其他證明文件	依實際申請項目檢附 ☐ 醫療費用回收據正本 ☐ 救護車費用回收據正本 ☐ 計程車車資明據。【附件】 ☐ 急診醫師開立之需緊急就醫證明院間轉診證明強制就醫證明 ☐ 健保繳款單及欠費明表 ☐ 健保欠費補助申請清冊一式兩份（需請民眾簽章） ☐ 其他				
初審結果	☐ 合格 ☐ 不合格（原因：_____）					
初審金額	_____ 元					
初審人員		單位主管				
複審結果	☐ 合格 ☐ 不合格（原因：_____） 複審金額：_____ 元					
承辦人		單位主管				

備：

- 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）。
- 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。
- 填寫資料有更正處，請於塗改處加蓋填寫人印章。
- 當年度經費如已用罄，將不再受理相關申請補助。
- 各項費用核銷皆需檢附相關證明
 *就醫相關費用部分需檢附醫療費用回收據正本
 *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強制就醫證明
- 偏遠地區之定義及範圍：縣 信義鄉、仁愛鄉、中寮鄉、國姓鄉、魚池鄉、鹿谷鄉。

同意書

本 _____，戶籍地南投縣_____鄉鎮(市)，

申請「南投縣弱勢族群就醫相關費用補助計畫」，申請項目費用如下：

項目	經費內容	合計(元)
☐ 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。	
☐ 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)。	
☐ 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。	
☐ 掛號費	健保不給付之門診、急診及住院掛號費用。	
☐ 救護車費用	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。每人每年 6,000 元為上限。	
☐ 偏遠地區交通費	指居住於縣 <u>信義鄉、仁愛鄉、中寮鄉、國姓鄉、魚池鄉、鹿谷鄉</u> 之民眾搭乘自用汽(機)車之交通費用，參照同路段(如無相同路段則可參照鄰近地區)公民營客運汽車之票價及里程，每人每年以 2,000 元為上限。	
合 計		

第 號	金 額								以上第 款 項 目	
	億	千 萬	百 萬	十 萬	萬	千	百	十	元	自第 號至第 號
										新臺幣 元 整 茲

檢附：☐國民身分證反面影本 ☐戶口名簿影本或 ☐居留證或護照影本（為因應衛生業務—醫政管理）☐低收入戶證 ☐中低收入戶證 ☐各級政府證明或醫療費用調或醫療收據或相關書據 ☐健保繳款單 ☐申請人簽證號碼存摺封面影本）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。（☐急診醫師開立之緊急就醫證明或補晚轉診證明 ☐強制就醫證明）（☐國民身分證正面影本 ☐戶口名簿影本或 ☐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 ☐中低收入戶證 ☐各級政府證明或醫療費用調或醫療收據或相關書據 ☐申請社會福利津貼和補助）且同意由（衛生所）代為申請，再向南投縣政府申請經費核銷，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

南 投 縣 政 府 衛 生 局

經 辦 單 位	行 政 科	會 計 單 位	局 長

領 據

茲 向南投縣政府衛生局領到弱勢族群就醫補助費用

新臺幣 元整

此 據

姓名(簽章)：

身分證字號：

地址：

電話：

中 華 民 國 年 月 日

附件十三、

共同委任及切結書

茲為辦理 _____ 君（身分證字號：_____）申請弱勢就醫補助事宜，吾等當序法定繼承人共 _____ 人，共同委任並授權代表申領該補助款之全部款項並負責分與各繼承人。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

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具對 該項事務有關之一切證明 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