

臺南市公益彩券回饋金排除就醫障礙補助申請表

年 月 日 112年1月修訂

申請人 (補助者) 資料	姓名		蓋章		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日	年 月 日		
	身分證字號					聯絡電話	市內電話： 手機：			
	住 址	臺南市 區 里 鄰 路 段 巷 號								
	身份別	1. <input type="checkbox"/> 低收入戶 2. <input type="checkbox"/> 中低收入戶 3. 經濟弱勢： <input type="checkbox"/> 中低老人生活補助 <input type="checkbox"/> 身障生活補助 <input type="checkbox"/> 其他：								
受託人 基本 資料	姓名					與受補助 者關係				
	身分證 字號					聯絡電話				
	匯款帳戶	金融機構名稱： 戶名：				帳號：				
應備 文件	自我檢查(已附者請打勾)									
	<input type="checkbox"/> 1. 申請表正本及(附件一、二)各1份。									
	<input type="checkbox"/> 2. 身份別證明：低收入戶、中低收入戶證明或經濟弱勢證明(三擇一)。									
	<input type="checkbox"/> 3. 當年度就醫醫療收據 正本 或中央健康保險署開立之健保欠費繳款單 正本 。(黏貼於附件一)									
	<input type="checkbox"/> 4. 申請人、受託人及提供匯款帳戶者之身分證正反面或戶口名簿影本。(黏貼於附件一)									
聲明 事項	本人已閱讀並了解本申請表各節，保證上述所填各項資料及所附文件均為真實，並知悉提供不實資料及違反相關法令之後果，若有可歸責於己之事由，除繳回所領金額外，並自負一切法律責任。 本申請之醫療補助款項若經衛生局審核通過並核撥至本人指定帳戶內，日後若有任何具領爭議，本人願負法律上完全責任。									
	申請人簽名：_____ 申請時間：_____年 月 日									
補助金額核定審查 (此欄由衛生局填寫)										
實際核發 金額	掛號費_____元	健保部分負擔_____元			總計	新臺幣_____元				
	住院膳食費_____元	救護車費用_____元								
	健保欠費_____元									
承辦人					科室主管					

申請須知：

- 每一個申請人需各自檢附身分證明文件或戶口名簿影本(擇一)。以『影本』提供作申請之用者，需蓋『申請人或受託人私章』，經初審單位審核無誤後，加註『與正本相符』章。(檢具文件若為影本，請民眾攜帶正本，以利核對)
- 若非申請者本人金融帳戶，需附切結書及填寫領款領據。(附件二)
- 委託他人代為申請，須附代理申請委託(授權)書。(附件二)
- 申請健保欠費者不須檢附匯款帳戶(衛生局會協助繳納至中央健康保險署之特定專戶)
- 申請資料經審核不符退件者，應於 1 個星期內補正送件；若經詢民眾放棄補件或經費用罄，事後不得提出任何異議。
- 補助須符合本計畫補助項目並經衛生所、局雙重審核無誤後，方為實際撥款金額(匯款時需支付 10-30 元手續費)，申請審核通過後約 1~3 個月內撥款完成，補助金入帳時間，不另行通知。

臺南市公益彩券回饋金排除就醫障礙補助申請表

醫療費用補助明細表

申請人 (補助者)		出生 年月日		年	月	日
身分證字號						
聯絡電話	(市內電話)			(手機)		

■補助醫療項目及金額 **□□□補助金額每人每年最高補助合計為新臺幣30,000元上限**

- 1、掛號費：健保不給付之門診、急診及住院掛號費用。
- 2、健保部分負擔：係指健保在保者就醫時，由健保特約醫療院所代為收取健保給付範圍之自付費用。
- 3、住院膳食費：住院期間健保不給付之膳食費用。
- 4、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(需檢附急診醫師開立之緊急就醫、院間轉診或強制就醫證明)。(每人每年6,000元為上限)
- 5、健保欠費：無力繳納健保費或積欠健保費者，需附中央健康保險署開立之健保欠費繳款單(不含滯納金)由衛生局協助繳納健保欠費之金額。(每人每年6,000元為上限)

衛生所 / 醫院 初 審 結 果					衛生局 複 審 結 果	
不同補助項目及金額，請分格填寫						
筆數順序 (1, 2, ...)	年/月/日 就診日期/期間	就診醫療院所名稱 (例如：成大、永康奇美...)	補助項目 (代號 1-5)	申請金額 (新臺幣)	核定 補助金額	備註
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
合 計					衛生局核定金額	
初 審 單 位 核 章						
承 辦 人			單 位 主 管			