

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-範例(藍字)

115 年度申請：第 1 次

115 年 4 月 10 日

115年1月修訂

申請人(補助者)資料	姓名	王大○						蓋章		性別	☒ 男 ☐ 女	生日	○ 年 ○ 月 ○ 日		
	身分證字號	D	1	2	2	○	○	○	1	2	2	聯絡電話	市內電話:06-2679○○○ 手機:0955○○○555		
	住址	臺南市 ○○ 區 ○○ 里 ○ 鄰 ○○ 路 ○ 段 ○ 巷 ○○ 號													
	身份別	1. ☒ 低收入戶 2. ☐ 中低收入戶 3. 經濟弱勢: ☐ 中低老人生活補助 ☐ 身障生活補助 ☐ 其他:													
受託人資料	姓名	王小○						與補助者關係	兄弟						
	身分證字號	D	1	2	2	○	○	○	1	3	3	聯絡電話	06-2679○○○		
								手機	0933○○○333						
應備文件	自我檢查(已附者請打勾) ☒ 1. 申請表正本及(附件一、二)各1份。 ☒ 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)。 ☒ 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) ☒ 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) ☒ 5. 指定匯款帳戶之存摺封面影本。(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: 王大○ 申請時間: 115年 4 月 10 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	衛生局人員核章		科室主管	衛生局主管核章

申請須知:

- 1、先自行評估-擇優(能補助最多之社福單位)申請,已送出申請之醫療收據將不再退還民眾。(補助醫療項目及金額上限詳見P2)
- 2、勿檢附「**專戶」存摺帳戶,如:年金專戶、救助專戶、勞保專戶...,本局無法撥款入帳。
- 3、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)核章時儘量蓋在空白處,以免造成資料誤判影響補助。
- 4、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)
- 5、委託他人代為申請,須附代理申請委託(授權)書。(附件二)
- 6、申請健保欠費者不須檢附匯款帳戶(衛生局將協助繳納至中央健康保險署之特定專戶)
- 7、申請資料審核不符者應於 7 日內補正;若民眾放棄補件或經費用罄,事後不得提出異議。
- 8、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)	王大○	出生 年月日	○年○月○日	身分證字號	D122○○○122
聯絡電話	(市內電話) 06-2679○○○ (手機) 0955○○○555				

■補助醫療項目及金額上限■▶ 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。(每月上限6次，單張收據：150元/上限)
- 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。
(單張收據：10,000元/上限)
- 3、住院膳食費：住院期間健保不給付之膳食費用。(單張收據：10,000元/上限)
- 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)。(單次：2,500元/上限；人/年6,000元上限)
- 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。(人/年1,500元上限)

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)	補助金額	備註
1	115/1/5	陳明旭耳鼻喉科	1 2	150 100		掛號費：單張收據上限 150元，每月6次上限
2	115/2/15- 115/3/10	永康奇美醫院	2	10000		健保部分負擔：單 張收據上限10000元
3	115/1/15- 115/2/25	安南醫院	3(40天)	10000		住院膳食費：(要寫天數) 單張收據上限10000元
4	115/3/12	歐小明救護車	4	2500		救護車費用：單 次上限2500元
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
合 計				22750		衛生局核定金額
初 審 單 位				核 章		
承 辦 人				單 位 主 管		
承 辦 人 核 章				主 管 核 章		

臺南市公益彩券回饋金排除就醫障礙補助申請表

浮貼處 【申請人(補助者)身分證影本正面】 【如無身份證請附戶口名簿影本】	浮貼處 【申請人(補助者)身分證影本背面】
浮貼處 【受託人身分證影本正面】 醫院協助申請者，請蓋醫院大章 受託人/醫院/健保欠費受託人申請，需另填寫 授權書（附件二）	浮貼處 【受託人身分證影本背面】
浮貼處 【存簿提供者身分證影本正面】 醫院協助申請者，請蓋醫院大章(檢附存簿影 本或帳號，以利核對) *申請健保欠費項目者此欄免附	浮貼處 【存簿提供者身分證影本背面】
【存簿儲金封面影本】 浮貼處 勿檢附「**專戶」存摺帳戶，將無法入帳 衛生所：非補助者本人存簿，需填寫領款領據及切結書(附件二) 醫院：附醫院存簿-需填寫切結書(附件二) 健保欠費項目：不須附存簿但務必填切結書(附件二)	
身分證證明資料及存簿影本，經初審單位審核與正本無誤後，再蓋『與正本相符』章。	

臺南市公益彩券回饋金排除就醫障礙補助申請表

領款領據 (非病患本人存簿須填寫)

茲向臺南市政府衛生局申請公益彩券回饋金就醫補助費用，經審核後核定金額為新臺幣_____萬_____千_____佰_____拾_____元整，已如數領訖，所送各項憑證若經查核有不符規定情事，本人願負一切法律責任並自願退還所領取之補助費，絕無異議。

此致

臺南市政府衛生局

金額請勿填寫,切記

(填寫病患資料及核章)

申請人(病患)姓名：王大○

印

(簽名及核章)

身分證號碼：D122○○○122

電話：06-2679○○○ 0955○○○5555

住址：臺南市東區○○里○2鄰○○路○段○巷○弄○○號

中華民國 115 年 4 月 10 日

切結書

(非病患本人存簿或醫院/健保欠費須填寫)

申請人 王大○ 申請「115年度臺南市公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫」
☒醫療補助費用 ☐健保欠費，因故無法使用本人之金融帳戶，准予補助金匯入下列關係人：☒王小○ (限定為配偶或四親等內親屬及醫院) 或 ☐中央健康保險署之帳戶，特立切結書以茲證明，如有不實，願負一切法律責任，繳回所有補助金而無異議。如受補助後，尚有未結清其餘款項，本人願意償付餘額。

申請健保欠費者,此欄請勿填寫

(存簿提供者資料及核章)

■銀行名稱：國泰世華商業銀行台南分行

■戶名：王小○

■身分證字號/醫院統一編號：D122○○○133 帳號：222○○○093255

印/醫院大章

此致

臺南市政府衛生局

(病患資料及核章)

申請人(病患)姓名：王大○

身分證字號：D122○○○122

電話：06-2679○○○ 0955○○○5555

地址：臺南市 ○ 區 ○ ○ 里 ○ 鄰 ○ ○ 路 ○ 段 ○ 巷 ○ 弄 ○ ○ 號

中華民國 115 年 4 月 10 日

印

臺南市公益彩券回饋金排除就醫障礙補助申請表

代理申請委託(授權)書 (受託人/醫院/健保欠費受託人須填寫)

本人茲因 ☒ 生病或行動不便 ☐ 工作/上學 ☐ 不識字 ☐ 其他 _____，無法親自辦理本項補助申請，特委託 王 小 〇 (受託人/受託醫院) 辦理申請，並檢具委託書及相關證件影本。

與申請人(病患)關係： ☐ 醫院 ☒ 其他(兄 弟)

申請人(病患)簽名： 王 大 〇

蓋章：

印印

受託人/醫院簽名： 王 小 〇 / 醫 院 名 稱

蓋章/醫院大章：

印/醫院大章

中 華 民 國 115 年 4 月 10 日