

114年臺南市弱勢精神病人就醫交通費用補助計畫
臺南市公益彩券盈餘分配基金弱勢精神病人交通補助費用申請表

(111.1.10修訂)

申請日期：_____年____月____日

申請人姓名	本市之社區精神追蹤關懷個案	蓋章		身分證字號	
出生年月日	_____年____月____日			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
申請人戶籍地	臺南市_____區_____里_____鄰_____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓之_____				
申請人居住地	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 臺南市_____區_____里_____鄰_____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓之_____				
聯絡電話	市話：_____		申請費用類別		<input type="checkbox"/> 交通補助費
	手機：_____				
陪同家屬姓名			與申請人關係		
身分證字號			連絡電話		
填表人姓名 (受託人)	蓋章			與申請人關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 其他
身分證字號			連絡電話		
檢附文件證明	<input type="checkbox"/> 1. 申請表(如有塗改，請於塗改處加蓋印章)。 <input type="checkbox"/> 2. 申請人/陪同家屬/受託人之身分證正反面影本(影本需核與正本相符合章)。 <input type="checkbox"/> 3. 郵局或銀行存簿封面影本(影本需核與正本相符合章)。 <input type="checkbox"/> 4. 乘車收據正本(搭乘高鐵、復康巴士、長照2.0之交通接送服務或計程車需檢附)。 <input type="checkbox"/> 5. 醫療院所之精神科、身心科、神經內科之門診收據影本、處方籤影本，診療證明正本(需註明就醫日期)，上述檢具證明擇一，影本文件需核與正本相符合章。 <input type="checkbox"/> 6. 切結書及代理申請委託書(受託代為申請者須填寫)。 <input type="checkbox"/> 7. 領款收據：須填妥金額(衛生局填寫)及申請人之詳細資料及核章完整。				
初審結果 (衛生所/局)	<input type="checkbox"/> 資料符合。 <input type="checkbox"/> 資料缺件，說明：_____，請於1週內補件後再行申請。 <input type="checkbox"/> 申請對象不符合資格，原因： <input type="checkbox"/> 非本市之社區精神追蹤關懷個案 <input type="checkbox"/> 其它				
	初審人員核章				
複審結果 (衛生局)	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合(原因：_____)日期：_____				
	複審人員核章				
注意事項	1.請填妥申請表，連同相關申請文件一併寄至臺南市各區衛生所。 承辦人電話：黃個管師，06-2679751轉174。 2.本補助費用一律採匯款方式給予申請人，其手續費由申請人自行負擔。				

114年臺南市弱勢精神病人就醫交通費用補助計畫

交通補助費用明細表

申請人姓名		身分證字號	
陪同家屬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

■補助醫療項目：居住地至就醫之醫療院所間交通費用。

■補助金額：每人每年最高補助合計為新臺幣2,000元上限

衛生所 / 局 初 審 結 果 *不同日期，請分格填寫*				衛生局 複 審 結 果			
就診日期/期間 (年/月/日)	就診醫療院所名稱 (例如：成大、嘉療...)	申請交通補助項目 (例如：公車、火車...)	申請金額 (新臺幣)	就診日期 (年/月/日)	就診醫療院所名稱	核定補助金額	備註
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
合 計 (不含陪同家屬交通費)				合 計 (不含陪同家屬交通費)			
補助金額 (含陪同家屬交通費)				核定補助金額 (含陪同家屬交通費)			
初 審 單 位 核 章				複 審 單 位 核 章			
承 辦 人		單 位 主 管		承 辦 人		單 位 主 管	

身分證、乘車票根及郵局或銀行存簿黏貼表

<p>申請人 (病患)</p>	<p>【申請人(病患)身分證影本正面】 (影本需核與正本相符合章)</p>	<p>【申請人(病患)身分證影本背面】 (影本需核與正本相符合章)</p>
<p>陪同家屬</p>	<p>【陪同家屬身分證影本正面】 (影本需核與正本相符合章)</p>	<p>【陪同家屬身分證影本背面】 (影本需核與正本相符合章)</p>
<p>受託人</p>	<p>【受託人身分證影本正面】 (影本需核與正本相符合章)</p>	<p>【受託人身分證影本背面】 (影本需核與正本相符合章)</p>
<p>存簿提供人</p>	<p>【存簿提供人身分證影本正面】 (非本人存簿時提供，若無身分證可用健保卡或戶口名簿替代) (影本需核與正本相符合章)</p>	<p>【存簿提供人身分證影本背面】 (非本人存簿時提供，若無身分證可用健保卡或戶口名簿替代) (影本需核與正本相符合章)</p>

郵局／銀行存簿黏貼表

【存摺儲金封面影本】
非病患本人，須另填寫切結書
(影本需核與正本相符章)

乘車票根或收據正本黏貼表 (請依序黏貼)

乘車票根或收據第一張浮貼處

乘車票根或收據第二張浮貼處

乘車票根或收據第三張浮貼處

乘車票根或收據第四張浮貼處

乘車票根或收據第五張浮貼處

【當年度(114年)車票、乘車證明或收據正本】

(搭乘高鐵、復康巴士、長照2.0之交通接送服務
或計程車需檢附)

醫療院所之精神科、身心科、神經內科之門診收據影本黏貼表 (請依序黏貼)

門診收據收據第一張浮貼處	門診收據收據第二張浮貼處	門診收據收據第三張浮貼處	門診收據收據第四張浮貼處	門診收據收據第五張浮貼處	<p>【精神科、身心科、神經內科門診收據影本】 (就診日需與搭乘日需為同一日) (影本需核與正本相符合章)</p>
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--

處方籤／診療證明正本黏貼表 (請依序黏貼)

處方籤第一張浮貼處	處方籤第二張浮貼處	處方籤第三張浮貼處	處方籤第四張浮貼處	處方籤第五張浮貼處	<p>【處方籤影本／診療證明正本】 (就診日需與搭乘日需為同一日) (影本需核與正本相符合章)</p>
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	--

1. 身分證影本 2. 存簿影本 3. 醫療院所之精神科、身心科、神經內科之門診收據影本 4. 處方籤影本，經初審單位審核與正本無誤後，再蓋『與正本相符』章。

臺南市弱勢精神病人就醫交通費用補助

切 結 書

(非申請人本人存簿須填寫)

申請人_____申請「114年度臺南市公益彩券盈餘分配基金辦理弱勢精神病人就醫交通費用補助計畫」就醫交通費用補助，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(限定為配偶或四親等內親屬或醫院)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。

■ 銀行名稱：_____

印

■ 戶名：_____

■ 身分證字號：_____ 帳號：_____

此致

臺南市政府衛生局

申請人(病患)姓名：_____

印

身分證字號：_____

聯絡電話：_____

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

中 華 民 國 114 年 _____ 月 _____ 日

代理申請委託(授權)書

(受託人申請須填寫)

本人茲因 欠費 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_____ (受託人) 辦理申請，並檢具委託書及相關證件影本。

與申請人關係：_____

申請人(病患) 簽名：_____ 蓋章：_____

受託人簽名：_____ 蓋章：_____

中 華 民 國 114 年 _____ 月 _____ 日

領 款 領 據

茲向臺南市政府衛生局申請公益彩券盈餘分配基金就醫交通費補助計新臺幣_____萬_____千_____百_____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

(填寫申請人資料及核章)

申請人姓名： (簽名或核章)

身分證號碼：

住 址：

電 話：

(填寫受託人資料及核章)

受託人姓名： (簽名或核章)

身分證號碼：

住 址：

電 話：

中 華 民 國 114 年 月 日