

新竹縣 111 年弱勢個案就醫補助健保及醫療費用申請書



公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫

110.11.09 修訂

申請人資料	姓名： _____ 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生： _____ 年 _____ 月 _____ 日 身分證字號(統一編號)： _____ 電話：(H) _____ (O) _____ (M) _____ 家屬姓名： _____ 關係： _____ 電話： _____ 居住地址： _____ 戶籍地址： _____	
代理人	申請人因 <input type="checkbox"/> 重病昏迷 <input type="checkbox"/> 未成年 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 無法填寫申請書。 代理人姓名： _____ 與申請人關係： _____ 電話： _____ *重病昏迷者需檢附證明書，以茲證明無法親筆簽名。 *申請人因故須由他人代理申請者，以其家(親)屬為優先；無家(親)屬者，得由社工訪視員或村里長代為申請。 *未成年者，請由法定代理人代為申請，並檢附證明文件(例如：同戶戶口名簿或戶籍謄本)	
申請項目	<input type="checkbox"/> 住院膳食費，金額： _____ 元 <input type="checkbox"/> 部分負擔：門診金額： _____ 元、急診金額： _____ 元、住院金額： _____ 元 <input type="checkbox"/> 掛號費用，門診金額： _____ 元、急診金額： _____ 元 <input type="checkbox"/> 健保費用，金額： _____ 元(每人每年以 6,000 元為限) <input type="checkbox"/> 救護車費用，金額： _____ 元(每人每年以 6,000 元為限) *總計金額： _____ 元(每人每年以新台幣 30,000 元為限)	
證明文件	已繳清醫療費用	積欠醫療費用
	1. <input type="checkbox"/> 申請人身分證正反影本、戶口名簿影本(2選1) 2. <input type="checkbox"/> 低收入戶、中低收入戶、各級政府認定經濟困難證明 3. <input type="checkbox"/> 弱勢個案就醫補助申請書 4. <input type="checkbox"/> 繳費收據正本(不得為影本並蓋與正本相符章；救護車費用收據正本及當次需緊急就醫證明或院間轉診證明) 5. <input type="checkbox"/> 存摺帳號影本	1. <input type="checkbox"/> 申請人身分證正反影本、戶口名簿影本(2選1) 2. <input type="checkbox"/> 低收入戶、中低收入戶、各級政府認定經濟困難證明 3. <input type="checkbox"/> 弱勢個案就醫補助申請書 4. <input type="checkbox"/> 醫療欠費明細表 5. <input type="checkbox"/> 醫療請款公文及請款收據正本



※申請注意事項

1. 本表有關申請人基本資料、求助事由、證明文件係申請人或家屬據實陳述，如有不實願負相關法律責任。
2. 同意新竹縣政府衛生局如基於個案評估及審核之必要，得以調閱申請人及家屬之戶籍或財稅有關資料。
3. 申請人不得重覆申請部份負擔及健保費等補助項目，一經查明取消補助相關費用。
4. 本計畫為中央補助款，相關補助經費及名額有限，經費用罄將提前截止受理申請。
5. 本計畫各項補助費用合計每人每年 30,000 元為上限，補助項目限當年度相關費用且不得重複請領。

申請人（本人）簽名蓋章：

申請日期：_____年____月____日

代理人（本人）簽名蓋章：