

113 年臺東縣公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫就醫補助申請書

受理醫療院所名稱：_____

	年 月 日	☐ 門診_____ ☐ 急診_____ ☐ 住院_____				
個案基本資料	姓名		身分證字號		生日	民國 年 月 日
	性別		聯絡地址			
	電話			行動電話		
目前狀況	家庭背景及經濟狀況：(家系圖、主要經濟來源、負債、目前或曾經領有的補助情形等)					
申請補助項目	☐ 健保部分負擔費：新台幣_____元。 ☐ 住院膳食費：新台幣_____元 ☐ 偏遠地區交通費：新台幣_____元。 ☐ 掛號費：新台幣_____元 ☐ 救護車費：新台幣_____元 ☐ 健保欠費：新台幣_____元 ☐ 無健保身分者就醫時之醫療自付費用(以健保給付範圍為限)：新台幣_____元					

證 明 文 件	必備 文件	☐ 國民身分證正反面影本或近3個月戶口名簿影本乙份。 ☐ 補助對象及經濟弱勢困難認定標準證明如下：(檢具本府社會局及所屬單位或各鄉鎮市公所或本國政府機關認定經濟困難並開立證明之一者) ☐ 具低收入戶(其資格認定係依據社會救助法第4條規定) ☐ 中低收入戶資格者(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者。		
	其他 證明 文件	依實際申請項目檢附 ☐ 醫療費用明細收據正本。 ☐ 救護車費用收據正本。 ☐ 計程車車資證明收據。【附件一】 ☐ 急診醫師開立之需緊急就醫證明、院間轉診證明或強制就醫證明。 ☐ 健保繳款單及欠費明細表 ☐ 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			病人或家屬簽名	
社工師(員)或 衛生所人員			單位主管	
複審結果 (衛生局)		☐ 合格 ☐ 不合格(原因：) 複審金額：_____元		
承辦人			單位主管	

備註：

1. 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)。
2. 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。
3. 填寫資料若有更正處，請於塗改處加蓋填寫人印章。
4. 當年度經費如已用罄，將不再受理相關申請補助。

5. 各項費用核銷皆需檢附相關證明文件。

*就醫相關費用部分需檢附醫療費用明細收據正本。

*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、院間轉診證明或強制就醫證明。

6. 偏遠地區之定義及範圍：本縣海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉、蘭嶼鄉、鹿野鄉、卑南鄉、大武鄉、東河鄉、長濱鄉。

7. 申請辦理弱勢族群就醫補助請洽臺東縣衛生局醫政科，聯絡電話：(089)346748 轉 361。