



高雄市政府衛生局公益彩券回饋金-協助弱勢個案就醫補助計畫申請書

病患姓名	身分證字號	出生日期	年 月 日
申請日期	年 月 日	身 分 別	<input type="checkbox"/> 健保身分者 <input type="checkbox"/> 無健保身分者
補助項目及金額	<input type="checkbox"/> 健保部分負擔費新台幣_____元 <input type="checkbox"/> 住院膳食費新台幣_____元 <input type="checkbox"/> 偏遠地區交通費新台幣_____元 <input type="checkbox"/> 掛號費新台幣_____元 <input type="checkbox"/> 救護車費新台幣_____元 <input type="checkbox"/> 健保欠費新台幣_____元 <input type="checkbox"/> 無健保身分者醫療自付費用(健保給付範圍為限)新台幣_____元 (請注意!就醫相關費用已繳費者, 需提供收據正本)		
聯絡電話	日: _____ 夜: _____		
通訊地址			
社工師或衛生所人員評估個案家庭經濟狀況			
證明文件	<input type="checkbox"/> 國民身分證正反面影本或最新全戶戶口名簿影本; 居留證或護照影本(為因應有健保身分之外籍人士) ※補助對象及經濟困難認定資格證明(符合本市區公所及社會局認定經濟困難並開立下列證明之一者)如下: <input type="checkbox"/> 低收入戶證明 <input type="checkbox"/> 中低收入戶證明 <input type="checkbox"/> 中低收入老人生活津貼證明 <input type="checkbox"/> 身心障礙生活補助證明 <input type="checkbox"/> 弱勢兒童及少年生活扶助證明 <input type="checkbox"/> 弱勢兒童及少年醫療補助證明 <input type="checkbox"/> 單親家庭子女生活教育補助證明 <input type="checkbox"/> 特境家庭子女生活津貼證明 <input type="checkbox"/> 街友、遊民安置輔導辦法之證明者(如本市三民街友中心、鳳山街友中心開立證明) ※補助對象若符合縣(市)醫療補助辦法第2條規定, 或依高雄市經濟弱勢市民醫療補助辦法已受補助者, 皆不予補助。		
初審結果(醫療機構)	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格(原因: _____)		
初審金額	申請人簽名或蓋章		
社工師(員)或衛生所人員	科 室 主 管	會 計	機 關 首 長
複審結果(衛生局)	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格(原因: _____)		
複審核定金額	複審單位		

注意事項:

1. 本計畫為中央補助款, 相關補助經費及名額有限, 經費用罄即停止受理申請。
2. 本計畫各項補助費用合計每人每年30,000元為上限, 補助項目限計畫當年度相關費用且不得重複請領。
3. 本計畫僅受理符合補助項目之相關費用收據正本或欠費明細(欠費限於就醫醫院申請), 影本、副本或補發收據皆不予補助。
4. 補助標準: (1)健保部分負擔限「健保身分者」申請; 無健保身分者醫療自付費用(指健保不在保者就醫時, 醫療院所依健保支付標準所收取之費用)限「無健保身分者」申請。(2)偏遠地區交通費每人每年以2,000元為上限, 指設籍居住本市茂林區、桃源區、那瑪夏區、六龜區、田寮區、內門區、永安區、杉林區、甲仙區、東沙島、太平島之病患就醫、轉診或返家所搭乘計程車或自用汽(機)車之交通費用或由病患自行負擔之居家醫療醫事人員或社會工作人員至病患家中訪視所搭乘計程車或自用汽(機)車之來回交通費用; 申請偏遠地區交通費時, 需檢附就醫或接受居家醫療照護服務等證明, 若為搭乘自用汽(機)車就醫(訪視)、轉診或返家者, 由本局參照同路段(如無相同路段則參照鄰近地區)公民營客運汽車之票價及里程, 審核後進行核銷。(3)救護車費每人每年以6,000元為上限, 申請救護車費用時, 需檢附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。(4)健保欠費每人每年以3,000元為上限, 僅補助計畫當年度按月繳納之健保費, 以前年度積欠費用不予補助。

甲聯: 向衛生局申辦補助款

乙聯: 申請醫療機構收存

丙聯: 繳交申請人收存