

高雄市政府衛生局支援緊急醫療救護申請表

申請機關	機關名稱					
	地 址					
	負 責 人					
	活動承辦人	電話		手機		
傳真						
活動資料	活動名稱					
	活動日期及時間		年 月 日 至 年 月 日 每日 時 分 時 分			
	活動地點					
	活動內容		參加對象		預估參加人數	
申請支援	支援日期及時間： 年 月 日至 年 月 日 每日 時 分至 時 分					
	現場報到地點：					
	項目及經費預估		支援數量	支援時數	支援費用 (每小時)	合計金額
	<input type="checkbox"/> 醫師		位		900 元	
	<input type="checkbox"/> 護士		位		300 元	
	<input type="checkbox"/> 救護技術員		位		300 元	
	<input type="checkbox"/> 救護車 (含駕駛)		輛		1500 元 (輛次) /500 (時)	
<input type="checkbox"/> 醫療衛材						
		總計				
備註	<p>一、救護支援範圍以高雄市政府單位主協、辦之活動為原則，地點以高雄市轄區為主，請於活動 20 天前提出申請。</p> <p>二、本申請表收費項目及標準依「高雄市政府支援緊急醫療救護要點」辦理如下：</p> <p>(一) 醫療救護人員：醫師每小時 900 元，護理人員每小時 300 元，救護技術員每小時 300 元。</p> <p>(二) 救護車 (含駕駛)：每輛次 (四小時內) 收費 1500 元。每超過 1 小時以 500 元計收。</p> <p>(三) 每次出勤支援至少以 4 小時計算 (不足 4 小時仍以 4 小時計算)，超過 30 分鐘以 1 小時計算，30 分以內不予計算。</p> <p>(四) 醫療衛材費用依實際支用情形收費。</p> <p>三、申請支援救護之相關費用，請於活動結束後 5 日內逕至救護機構繳清。</p> <p>四、請申請單位依活動會場實際情形規劃適當後送動線及安排救護站設置地點。</p> <p>五、請附活動相關文件、現場總負責聯絡窗口、活動場地圖、救護車出入口動線、醫護站標示及救護車位置</p>					

聯絡人：高雄市政府衛生局醫政事務科林怡良技士 電話：(07)713-4000#211 傳真：(07)724-2966 lin56717@kcg.gov.tw