

高雄市政府社會局家庭暴力及性侵害防治中心 辦理保護個案醫療費用補助申請表

113年1月修訂版本

申請日期：____年____月____日

申請人填寫	受補助人基本資料	姓名：_____(簽章) 聯絡電話：_____ 戶籍地： ☐ 是，高雄市_____區 ☐ 其他：_____縣市，不適用本表。 是否攜帶健保卡： ☐ 是 ☐ 否，本人同意於____年____月____日補卡
	代理人	姓名：_____(簽章) 與受補助人關係： ☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 法定代理人 ☐ 社工
社工填寫	主責/出勤社工評估	【無社工陪同就醫者，免填本欄位。】 ☐ 本案為社工陪同就醫個案，本中心同意支付醫療費用。 主責/出勤社工：_____ 聯絡電話：_____ 通報關懷E起來： ☐ 是，已通報在案中，醫院毋須再通報。 ☐ 否，請醫院進行通報，並檢附通報證明。
醫療院所填寫	申請醫療項目	☐ 驗傷診療 ☐ 開立診斷證明書所需費用 ※請檢附證明書影本。 ☐ 入住安置機構所需體檢費用 ☐ 性侵害被害人驗傷與採證費用 ☐ 人工流產 ☐ 毒藥物檢驗 ☐ 其他 上述費用，申請補助金額共計：_____元
	醫院聯絡人	醫院承辦人：_____ 連絡電話：_____