

## 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： <input type="checkbox"/> 是，高雄市_____區 <input type="checkbox"/> 其他：_____縣市，不適用本表。 是否攜帶健保卡： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 社工
社工填寫	主責/出勤社工評估	<b>【無社工陪同就醫者，免填本欄位。】</b> <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 是，已通報在案中，醫院毋須再通報。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 驗傷診療 <input type="checkbox"/> 開立診斷證明書所需費用 ※請檢附證明書影本。 <input type="checkbox"/> 入住安置機構所需體檢費用 <input type="checkbox"/> 性侵害被害人驗傷與採證費用 <input type="checkbox"/> 人工流產 <input type="checkbox"/> 毒藥物檢驗 <input type="checkbox"/> 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：_____