

區經濟弱勢市民之醫療、看護費用補助申請表

申請日期： 年

申請人 (補助對象)	姓名：	身分證字號：	出生年月日：	性別： ☐ 男 ☐ 女	生活狀態： ☐ 存 ☐ 歿
	戶籍地址：				申請人簽章：
	通訊地址：				
	聯絡電話(住宅)：(手機)：				
受託代辦人	姓名：身分證字號：與申請人之關係：				受託代辦人簽章：
	通訊地址：				
	聯絡電話(住宅)：(手機)：				

機關首長

--	--	--	--	--	--	--

備註：符合高雄市政府社會局辦理經濟弱勢市民墊付醫療費補助實施計畫之申請對象，請填寫申請人(補助對象)欄位，補助對象之資格審核及補助標準，仍以傷病患者本人所具資格為準。