

彰化縣衛生局公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫
「陽光 健康 新彰化-弱勢族群就醫無障礙補助申請書」

編號

申請日期： 年 月 日

衛生局收件日期： 年 月 日

114.1修訂

個人基本資料	姓 名			身分證字號		
	性別	☐ 男 ☐ 女		出生年月日	年 月 日	
	行動電話			電話		
	住址	戶籍地址： 居住地址： ☐ 同戶籍地(需設籍本縣者，才能申請補助)				
身分別	☐ 健保身分者 ☐ 無健保身分者 ☐ 低收入戶 ☐ 中低收入戶 ☐ 身心障礙生活補助 ☐ 近貧戶 ☐ 其他經濟弱勢(符合各級政府依其相關規定補助之經濟弱勢者或由各級政府認定經濟困難並開立證明者，抑或符合各縣(市)街友(或遊民)安置輔導辦法者。					
申請就醫項目	申請補助項目	☐ 住院膳食費 金額： 元 ☐ 健保部分負擔 金額： 元(包含門診、急診、住院部分負擔) ☐ 健保欠費 金額： 元(每人每年6,000元為上限) ☐ 救護車費用 金額： 元(每人每年6,000元為上限) ☐ 偏遠地區交通費 金額： 元(每人每年2,000元為上限) ☐ 掛號費 金額： 元 ☐ 無健保身分者就醫時之醫療自付費用，金額： 元 總計金額： 元(*各項補助費用合計，每人每年以新臺幣3萬元為上限)				
證明文件	檢附文件	必繳文件： ☐ 申請人身分證正反影本或戶口名簿影本1份 ☐ 居留證或護照影本(有健保身分之外籍人士) ☐ 低收入戶、中低收入戶、身心障礙生活補助證明或其他經濟弱勢證明 其他證明文件： ☐ 無經濟證明者至國稅局附全戶財稅及所得證明正本各1份、身分證正反面和戶口名簿影本各1份 申請人自行申請： ☐ 申請人當年度就醫相關收據正本 ☐ 申請人匯款帳戶存摺影本				
申請方式	☐ 申請人自行申請 ☐ 鄰里/政府機關/社福機構(關)/醫療機構轉介 轉介單位： 轉介者： 聯絡電話：					
轉介單位評估 申請人家庭背景及經濟狀況(簡述)						
申請人或家屬簽名		轉介單位 填表人		轉介單位 主管		
衛生局 審查結果	☐ 同意補助，總計金額： 元。 ☐ 不同意，原因： ☐ 爭議案件：(需由委員審查)					
承辦人員			科室主管			