113年臺東縣公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫就醫補助申請書

受理醫療院所名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 月 日 | | □門診\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □急診\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □住院\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **個案基本資料** | 姓名 |  | 身分證字號 |  | 生日 | 民國 年 月 日 |
| 性別 |  | 聯絡地址 |  | | |
| 電話 |  | | 行動電話 |  | |
| **目前狀況** | 家庭背景及經濟狀況：(家系圖、主要經濟來源、負債、目前或曾經領有的補助情形等) | | | | | |
| **申請補助項目** | □健保部分負擔費：新台幣\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元。□住院膳食費：新台幣\_\_\_\_\_\_\_\_元  □偏遠地區交通費：新台幣\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元。□掛號費：新台幣\_\_\_\_\_\_\_\_\_元  □救護車費：新台幣\_\_\_\_\_\_\_\_元 □健保欠費：新台幣\_\_\_\_\_\_\_\_\_元  □無健保身分者就醫時之醫療自付費用(以健保給付範圍為限) ：新台幣\_\_\_\_\_\_\_\_元 | | | | | |
| **證明文件** | 必備文件 | □國民身分證正反面影本或近3個月戶口名簿影本乙份。  □補助對象及經濟弱勢困難認定標準證明如下：(檢具本府社會局及所屬單  位或各鄉鎮市公所或本國政府機關認定經濟困難並開立證明之一者)  □具低收入戶(其資格認定係依據社會救助法第4條規定)  □中低收入戶資格者(其資格認定係依據社會救助法第4-1條規定)  □中低收入老人生活津貼  □身心障礙生活補助  □街友、遊民安置輔導辦法之證明者。 | | | | |
| 其他證明文件 | **依實際申請項目檢附**  □醫療費用明細收據正本。  □救護車費用收據正本。  □計程車車資證明收據。【附件一】  □急診醫師開立之需緊急就醫證明、院間轉診證明或強制就醫證明。  □健保繳款單及欠費明細表  □健保欠費補助申請清冊一式兩份(需請民眾簽章)  □其他 | | | | |
| 初審結果 | | □合格 □不合格(原因： ) | | | | |
| 初審金額 | |  | | 病人或家屬簽名 |  | |
| 社工師(員)或衛生所人員 | |  | | 單位主管 |  | |
| 複審結果  (衛生局) | | □合格 □不合格(原因： )  複審金額：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元 | | | | |
| 承辦人 | |  | | 單位主管 |  | |

備註:

1.每位個案每年補助最高金額為30,000元整(含就醫費用及健保欠費)。

2.補助對象若符合縣(市)醫療補助辦法第2條，依法已受補助者，或政府已依相關規定編列預算執行者，皆不予補助。

3.填寫資料若有更正處，請於塗改處加蓋填寫人印章。

4.當年度經費如已用罄，將不再受理相關申請補助。

5.各項費用核銷皆需檢附相關證明文件。

\*就醫相關費用部分需檢附醫療費用明細收據正本。

\*交通費部份(救護車費用及偏遠地區交通費)除檢附相關收據正本，另需檢附急診醫師開立之緊急就醫證明、院間轉診證明或強制就醫證明。

6.偏遠地區之定義及範圍：本縣海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉、蘭嶼鄉、臺東市、卑南鄉、大武鄉、太麻里鄉、東河鄉、鹿野鄉、池上鄉、成功鎮、關山鎮、長濱鄉及綠島鄉。

7.申請辦理弱勢族群就醫補助請洽臺東縣衛生局醫政科，聯絡電話：(089)346748轉355。