

臺中市政府衛生局 115 年度公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫 弱勢族群就醫補助申請書

衛生局收件日期：115 年 月 日 案件編號：

壹、申請人基本資料

1. 個案：_____ 2. 申請日期：115 年 月 日

3. 聯絡電話：(手機)：_____ (市話)：_____

4. 戶籍地址：郵遞區號()_____

5. 聯絡地址：郵遞區號()_____

6. 申請補助項目：補助 115 年當年度就醫費用(請勾選)

- (1) 健保欠費：無力繳納健保費或積欠健保費者，予以協助繳納健保欠費之金額。每人每年補助上限 6,000 元。
- (2) 健保部分負擔：係指健保在保者就醫時，由健保特約醫療院所代為收取健保給付範圍之自付費用。(包含門診、急診、住院部分負擔)。
- (3) 住院膳食費：住院期間健保不給付之膳食費用。
- (4) 救護車費用：病患因緊急狀況就醫、院間轉診或強制就醫時之救護車費用(含隨車救護人員費用)，每人每年 6,000 元為上限。
- (5) 掛號費：健保不給付之門診、急診及住院掛號費用。

★申請注意事項

- 註 1：為節省申請人郵寄費用、避免行政資源浪費，單次申請費用總額需達 3,000 元以上，若未達 3,000 元，將由本局累計金額至 3,000 元或於經費用罄前辦理核銷事宜。
- 註 2：補助項目限制身份者：健保部分負擔限「健保身分者」申請；無健保身分者醫療自付費用（指健保不在保者，就醫時以健保給付範圍為限之醫療支付費用）限「無健保身分者」申請。
- 註 3：申請健保欠費及醫療費用補助須分別填寫 2 份申請書，填寫資料若有塗改，請於塗改處加蓋申請人印章(金額處請勿塗改)。
- 註 4：申請補助所提供之核銷單據需為正本；其他相關資料影印本，請加蓋申請人印章，倘有不實須負相關法律責任。
- 註 5：申請補助審核通過後，就醫相關費用等收據核銷約需 2 個月之工作天(以協助申請人備齊規定之相關表件為起算日)。
- 註 6：當年度經費於計畫截止日前(12/15)或經費已用罄，將不再受理補助申請(經費用罄的訊息會公告於臺中市政府衛生局官網)。
- 註 7：民眾檢附相關文件後可①郵寄或是送至②居住地所在的衛生所，請衛生所代送至本局。
- 註 8：『存摺影本不可為救助專戶』。若為救助專戶必須將①補助款轉至親屬的帳戶中②領支票(不劃線)。

我已閱讀上述說明並同意申請書內容，申請人簽章：_____

貳、代理申請委託書（自行申請者免填）

※申請人因故須由他人代理申請者，以其親屬為優先；無親屬者，得由社工訪視員或村里長代為申請。
但代理申請書需有申請人之親筆簽名或蓋章用印。

本人_____因無法親自向臺中市政府衛生局申辦 115 年度弱勢族群就醫補助，同意委由_____君代辦相關申請事宜，爰本人 積欠醫院醫療費用 無銀行、郵局存摺 其他原因：_____，故同意本補助款匯入_____戶頭，戶名_____存簿帳號_____如存摺影本，屬實無訛，特立此書為據。

(一) 委託人(申請人)：_____ (親筆簽名或蓋章)

身分證字號：_____

(二) 受委託人：_____ (蓋章)；與個案關係：_____

身分證字號(統一編號)：_____ 聯絡電話：_____

聯絡地址：_____

參、補助對象檢附資料(請勾選)

(1) 須設籍本市並檢附國民身分證正反面影本或新式戶口名簿影本一份；有健保身分之外籍人士請提供居留證或護照影本，影本須加蓋申請人印章。

(2) 補助對象及經濟困難認定標準：(限 115 年度)

低收入戶正本。(其資格認定係依據社會救助法第 4 條規定)。

中低收入戶正本。(其資格認定係依據社會救助法第 4-1 條規定)。

其他由各級政府認定經濟困難並開立證明者(如中低老人生活津貼證明、身心障礙生活補助證明、兒少生活扶助、**特境家庭子女生活津貼**等相關文件可至各區公所申請，由村里長開具清寒證明恕不認定)或街友、遊民安置證明。

(3) 弱勢族群就醫補助申請書一份(共 4 頁)。

肆、檢附需補助項目之相關證明資料(請勾選)

(1) 健保欠費繳款單正本及欠費明細表(繳款單金額最高上限 6,000 元整)。

(2) 醫療費用收據正本及費用明細。

(3) 救護車費用收據正本(需另檢附急診醫師開立之當次需緊急就醫證明或院間轉診證明或強制就醫證明正本一份)。

(4) 其他(如健保不在保證明等)。

伍、是否符合申請補助條件(本項由衛生局審核人員填寫)

(1) 符合補助

(2) 不符合補助原因： 缺件 金額填寫有誤 申請書塗改未加蓋申請人私章
 申請書填寫有誤 其他_____

承辦人員：

日期：115 年 月 日

陸、申請補助項目及費用：補助每人每年上限 3 萬元整，實際補助金額填寫請勿超過 3 萬元整。

項目	金額(勿塗改)	檢附資料
健保欠費		健保欠費繳款單正本、欠費明細表。
健保部分負擔		115 年度醫療費用收據正本及費用明細。
住院膳食費		115 年度醫療費用收據正本及費用明細。
救護車費用		115 年度救護車費用收據正本、急診醫師開立之當次需緊急就醫證明、院間轉診證明或強制就醫證明一份(救護車服務日期與就醫證明需為同日)。
掛號費		115 年度醫療費用收據正本及費用明細。
補助金額總計	新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整	

參考:零、壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖

柒、代墊證明書

(一) 醫院代墊證明

本人_____於 115 年 ___ 月 ___ 日至 115 年 ___ 月 ___ 日因傷病就醫住院，需繳付醫療費用計新臺幣 ___ 萬 ___ 仟 ___ 佰 ___ 拾 ___ 元整，出院時無法繳付由 _____
(醫院名稱) 先行代墊，屬實無訛，特立此書為據。

(二) 救護車公司代墊證明

本人_____於 115 年 ___ 月 ___ 日因 緊急狀況就醫 院間轉診 強制就醫，需繳付救護車費用計新臺幣 ___ 仟 ___ 佰 ___ 拾 ___ 元整，無法繳付由 _____
(救護車公司名稱) 先行代墊，屬實無訛，特立此書為據。

領款單據

壹、經費支出事由：辦理衛生福利部 115 年度公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫—
臺中市弱勢族群就醫補助費用領款單據

貳、收據：(金額處請勿塗改，參考:零、壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖)

姓名 (個案/親屬/醫院/救 護車公司)	身份證字號 (統一編號)	補助金額	其他 所得	戶籍地址
			V	郵遞區號 () 聯絡電話：
實際補助金額：新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整				
申請人簽章：				

參、帳戶資料

黏貼存摺影本

★填寫收據注意事項：

- 申請健保欠費者；收據姓名處為申請個案本人，不需附存摺。
- 申請其他補助項目者；收據姓名處 2-1 倘若為個案，存摺戶名需為個案。
2-2 倘若為親屬，存摺戶名需為親屬。
2-3 倘若為醫院，存摺戶名需為醫院。
2-4 倘若為救護車公司，存摺戶名需為救護車公司。
- 請黏貼郵局存摺影本(非救助專戶)，若黏貼其他金融機構存摺而衍生手續費將由民眾自行負擔。

中華民國 115 年 月 日

★申請辦理弱勢精神病患就醫補助 請洽心理健康科

聯絡電話：(04)2228-9111 轉 70611 吳先生；傳真：(04)2515-5157

郵寄地址：420 臺中市豐原區中興路 136 號(心理健康科)

★申請辦理弱勢族群就醫補助 請洽長期照護科

聯絡電話：(04)2228-9111 轉 71155 顏小姐；傳真：(04)2527-1325

郵寄地址：420 臺中市豐原區中興路 136 號(長期照護科)

★申請補助若有任何需要協助之處，歡迎您撥打本局服務專線，將有專人為您服務