

# 花蓮縣衛生局公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫

## 弱勢族群就醫無障礙補助申請書

115.1 修訂

個人基本資料	申請人姓名	身分證字號	出生年月日	年 月 日	
	戶籍住址			聯絡電話	
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 其他_____			
	身分別	<input type="checkbox"/> ①低收入戶 <input type="checkbox"/> ③其他經濟弱勢： <input type="checkbox"/> 中低收入老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 身心障礙生活補助 <input type="checkbox"/> ②中低收入戶 <input type="checkbox"/> 兒童及少年生活扶助 <input type="checkbox"/> 特殊境遇家庭扶助 【註】由村里長開具清寒證明恕不認定。 <input type="checkbox"/> 街友遊民安置證明			
	受託人姓名		與申請人關係	聯絡電話	
申請補助項目		<input type="checkbox"/> 健保欠費 <input type="checkbox"/> 健保部分負擔 <input type="checkbox"/> 住院膳食費 <input type="checkbox"/> 救護車費用 <input type="checkbox"/> 掛號費 <input type="checkbox"/> 偏遠地區交通費			
應備文件	<input type="checkbox"/> 1. 申請書(同時申請 <b>健保欠費</b> 及 <b>醫療費用</b> 補助請分別填寫2份申請書) <input type="checkbox"/> 2. 申請人身分證正反影本或戶口名簿影本1份 <input type="checkbox"/> 3. 委託書(檢附受委託人之身分證正反影印本或工作證影本，工作證僅限醫院社工提供) <input type="checkbox"/> 4. 低收入戶、中低收入戶、中低收入老人生活津貼、身心障礙者生活補助證明等經濟困難證明 <input type="checkbox"/> 5. 郵局帳戶封面影本(申請 <b>健保欠費免付</b> ，存摺影本不可為救助專戶) <input type="checkbox"/> 6. 領款人最近3個月內全戶戶籍謄本正本(領款人為個案親屬並與個案不同戶籍需檢附)				
其他檢附文件	<b>依實際申請項目檢附(★僅限當年度發票或收據)</b> <input type="checkbox"/> 健保欠費6,000元以內繳款單正本及欠費明細表(超過6,000元以上金額請至健保署申請 <b>重印</b> ) <input type="checkbox"/> 醫療費用明細收據正本(申請醫療補助需先至醫療院所結清欠費，倘提供之收據已優免或扣抵，無任何個案需負擔之費用不符申請資格，申請 <b>住院膳食費</b> 需另檢附 <b>住院膳食費用明細表</b> ) <input type="checkbox"/> 救護車費用收據正本、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 <input type="checkbox"/> 計程車費用收據正本、診斷證明書或院間轉診證明(申請偏遠地區交通費請檢附) 【註】 1. 救護車費用用途僅限就醫，不適用返家。 2. 偏遠地區交通費，居住於壽豐鄉、鳳林鎮、光復鄉、豐濱鄉、瑞穗鄉、玉里鎮、富里鄉可申請，適用病患就醫、轉診或返家所搭乘計程車費用。				
注意事項	1. 申請資料審核不符者應於7日內補正；若民眾放棄補件或經費用罄，事後不得提出異議。(經費用罄訊息公告於花蓮縣長期照顧管理中心網站並函文周知各鄉鎮市公所及醫院) 2. 審核通過後約1.5個月內撥款完成，實際撥款金額(申請人需負擔匯款10-30元手續費)及補助金入帳時間，不另行通知；申請健保欠費者由衛生局協助繳納至中央健康保險署之特定專戶。 3. 補助費用合計每人每年新臺幣30,000元為上限(含健保欠費每人每年上限6,000元、救護車費用每人每年上限6,000元、偏遠地區交通費每人每年上限2,000元)且不得重複請領。 ❖我已閱讀上述說明並同意申請書內容，提供之核銷單據為正本，倘有不實願負一切法律責任。				
	申請人簽章 _____ <span style="border: 1px dashed red; display: inline-block; width: 50px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>		申請日期：115年 月 日，今年第_____次申請		
審核結果	公所初審結果	<input type="checkbox"/> 應備文件齊全符合補助，有塗改處已蓋私章，公所收件日期：115年 月 日			
		承辦人	課長	秘書	
	衛生局審查結果	實際核發金額：健保欠費 _____元 健保部分負擔 _____元 住院膳食費 _____元 救護車費用 _____元 掛號費 _____元		總計新臺幣 _____元	
		承辦人	科長	局長	

## 委託書(自行申請者免填)

本人\_\_\_\_\_因生病行動不便 其他\_\_\_\_\_ (請詳明原因)，  
無法親自申請花蓮縣衛生局公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫弱勢族群醫療就醫補助，同意委  
由\_\_\_\_\_君 (與個案關係：\_\_\_\_\_ ) 代辦相關申請事宜。

委託人(個案)：\_\_\_\_\_【簽章】

受委託人(家屬或社工等)：\_\_\_\_\_【簽章】

醫院社工請檢附工作證影本

※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。但代理申請委託書需有申請人之親筆簽名與用印。

## 醫院代墊證明書

本人\_\_\_\_\_於 115 年\_\_月\_\_日至 115 年\_\_月\_\_日因傷、病就醫住院，需繳  
付醫療費計新臺幣\_\_\_\_\_萬\_\_\_\_\_仟\_\_\_\_\_佰\_\_\_\_\_拾\_\_\_\_\_元整，出院時無法繳付由\_\_\_\_\_(醫院名  
稱)\_\_\_\_\_代墊，屬實無訛，特立此書為據。

## 救護車公司代墊證明書

本人\_\_\_\_\_於 115 年\_\_月\_\_日至 115 年\_\_月\_\_日因緊急狀況就醫、院間轉  
診、強制就醫時救護車費用或偏遠地區就醫轉診、返家所搭乘計程車費用，需繳付救護車  
計程車費用計新臺幣\_\_\_\_\_萬\_\_\_\_\_仟\_\_\_\_\_佰\_\_\_\_\_拾\_\_\_\_\_元整，出院時無法繳付由\_\_\_\_\_  
(救護車公司名稱)\_\_\_\_\_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  
—花蓮縣弱勢族群就醫補助費用領款單據

貳、收據：(請依下方填寫收據注意事項做填寫)

姓名 (個案/醫院/救護車 公司)	身份證字號 (統一編號)	補助金額 (衛生局填寫)	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：				

參考：零、壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖

參、帳戶資料

## 黏貼存摺影本

### ★填寫收據注意事項：

- 1.申請**健保欠費者**，收據姓名處填寫申請個案本人，不需附存摺。
- 2.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**醫院**，存摺戶名需為醫院。  
2-3 倘若為**救護車公司**，存摺戶名需為救護車公司。  
2-4 倘若為**親屬**，收據姓名填寫**個案(非親屬個資)**，存摺戶名為親屬。
- 3.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。
- 4.以上資料除金額不需填寫外，其他請填寫完整，包含地址、電話、日期等，倘有塗改處請蓋私章。

中 華 民 國 115 年      月      日