

臺中市政府衛生局 114 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：114 年 月 日 案件編號：

壹、申請人基本資料

1. 個案：_____ 2. 申請日期：114 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 114 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。
- (6) ☐ 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)：係指無健保身分者就醫時，醫療院所依健保支付標準所收取之費用(診察費、藥劑費、注射技術費、檢驗費、X光檢查、電腦斷層費、藥事服務費、護理費、開刀費、特材費等)。

★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需分別填寫 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：申請補助文件審核通過後，相關費用作業時間約 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 114 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 114 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：114 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		114 年度醫療費用收據正本及費用明細。
住院膳食費		114 年度醫療費用收據正本及費用明細。
救護車費用		114 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		114 年度醫療費用收據正本及費用明細。
其他醫療自付費用		114 年度醫療費用收據正本及費用明細、健保署不在保證明。
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 114 年__月__日至 114 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 114 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 114 年度公益彩券回饋金排除就醫障礙計
一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：

1. 申請健保欠費者；收據姓名處為申請個案本人，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。
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。

中華民國 114 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)2515-5148 轉 117 陳小姐；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)2526-5394 轉 6035 鄭小姐；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