**新竹縣113年弱勢個案就醫補助健保及醫療費用申請書**

**公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫**

113.01.01修訂

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請人  資料 | 姓名： 出生： 年 月 日 性別：□男 □女  身分證字號(統一編號)：  電話：(市話) （手機） (公司)  家屬姓名： 關係： 電話：  居住地址：  戶籍地址： | |
| 代理人 | 申請人因□重病昏迷 □未成年 □其他 無法填寫申請書。  代理人姓名： 與申請人關係： 電話： | |
| ＊重病昏迷者需檢附證明書，以茲證明無法親筆簽名。  ＊申請人因故須由他人代理申請者，以其家（親）屬為優先；無家（親）屬者， 得由社工訪視  員或村里長代為申請。  ＊未成年者，請由法定代理人代為申請，並檢附證明文件（例如：同戶戶口名簿或戶籍謄本） | |
| 申請項目 | □住院膳食費----金額： 元  □部分負擔--門診金額： 元、急診金額： 元、住院金額： 元  □掛號費用--門診金額： 元、急診金額： 元  □健保費用------金額： 元 (每人每年以6,000元為限)  □救護車費用----金額： 元 (每人每年以6,000元為限)  **＊**總計金額： 元 (每人每年以新台幣30,000元為限) | |
| 證明  文件 | 已繳清醫療費用 | 積欠醫療費用 |
| 1.□申請人身分證正反影本、戶口名簿影本 （2選1）  2.□低收入戶、中低收入戶、各級政府認定  經濟困難證明  3.□弱勢個案就醫補助申請書  4.□繳費收據正本(不得為影本並蓋與正本相符章；救護車費用收據正本及當次需緊急就醫證明或院間轉診證明)  5.□存摺帳號影本 | 1.□申請人身分證正反影本、戶口名簿影本 (2選1）  2.□低收入戶、中低收入戶、各級政府認定  經濟困難證明  3.□弱勢個案就醫補助申請書  4.□醫療欠費明細表  5.□醫療請款公文及請款收據正本 |

****

**※申請注意事項**

1.本表有關申請人基本資料、求助事由、證明文件係申請人或家屬據實陳述，如有不實願負相關法律責任。

2.同意新竹縣政府衛生局如基於個案評估及審核之必要，得以調閱申請人及家屬之戶籍或財稅有關資料。

3.申請人不得重覆申請部份負擔及健保費等補助項目，一經查明取消補助相關費用。

4.本計畫為中央補助款，相關補助經費及名額有限，經費用罄將提前截止受理申請。

5.本計畫各項補助費用合計每人每年30,000元為上限，補助項目限當年度相關費用且不得重複請領。

申請人（本人）簽名蓋章： 申請日期： 年 月 日

代理人（本人）簽名蓋章：

**附件三**