

臺南市公益彩券回饋金排除就醫障礙補助申請表

(附件二)

領款領據 (非補助者本人存簿須填寫)

茲向台南市政府衛生局申請公益彩券回饋金就醫補助費用，經審核後核定金額為新臺幣_____萬_____千_____百_____拾_____元整，已如數領訖，所送各項憑證若經查核有不符規定情事，本人願負一切法律責任並自願退還所領取之補助費，絕無異議。

此致

臺南市政府衛生局

(填寫申請人資料及核章)

申請人(補助者)姓名：



(簽名及核章)

身分證號碼：

電話：

住址：

中華民國 年 月 日

切結書

(非補助者本人存簿或醫院/健保欠費須填寫)

申請人_____申請「_____年度臺南市公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫」醫療補助費用健保欠費，因故無法使用本人之金融帳戶，准予補助金匯入下列關係人：_____ (限定為配偶或四親等內親屬及醫院)或中央健康保險署之帳戶，特立切結書以茲證明，如有不實，願負一切法律責任，繳回所有補助金而無異議。如受補助後，尚有未結清其餘款項，本人願意償付餘額。

申請健保欠費者,此欄請勿填寫

(存簿提供者資料及核章)

銀行名稱：

戶名：

身分證字號/醫院

統一編號：

帳號：



此致

臺南市政府衛生局

(申請人資料及核章)

申請人(補助者)姓名：

(簽名及核章)



身分證字號：

電話：

地址：臺南市 區 里 鄰 路 段 巷 弄 號

中華民國 年 月 日

臺南市公益彩券回饋金排除就醫障礙補助申請表

代理申請委託(授權)書 (受託人/醫院/健保欠費受託人須填寫)

本人茲因 生病或行動不便 工作/上學 不識字 其他 _____，無法親自辦理本項補助申請，特委託 _____ (受託人/受託醫院)辦理申請，並檢具委託書及相關證件影本。

與申請人(補助者)關係： 醫院 其他(_____)

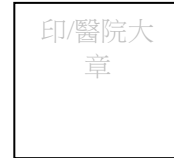
申請人(補助者)簽名：

蓋章：



受託人/醫院簽名：

蓋章/醫院大章：



中 華 民 國 年 月 日