







臺南市公益彩券回饋金排除就醫障礙補助申請表

浮貼處	浮貼處
<p>【申請人(補助者)身分證影本正面】  <b>【如無身分證請附戶口名簿影本】</b></p>	<p>【申請人(補助者)身分證影本背面】</p>
浮貼處	浮貼處
<p>【受託人身分證影本正面】  醫院協助申請者，請蓋醫院大章  受託人/醫院/健保欠費受託人申請，需另填寫  授權書(附件二)</p>	<p>【受託人身分證影本背面】</p>
浮貼處	浮貼處
<p>【存簿提供者身分證影本正面】  醫院協助申請者，請蓋醫院大章(檢附存簿影  本或帳號，以利核對)  *申請健保欠費項目者此欄免附</p>	<p>【存簿提供者身分證影本背面】</p>
<p>【存簿儲金封面影本】  浮貼處  衛生所：非補助者本人存簿，需填寫領款領據及切結書(附件二)  醫院：附醫院存簿-需填寫切結書(附件二)  <b>健保欠費項目：不須附存簿但務必填切結書(附件二)</b></p>	
<p>身分證明資料及存簿影本，經初審單位審核與正本無誤後，再蓋『與正本相符』章。</p>	

# 臺南市公益彩券回饋金排除就醫障礙補助申請表

## 領款領據 (非病患本人存簿須填寫)

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

金額請勿填寫,切記

(填寫病患資料及核章)

申請人(病患)姓名：王大○

印

(簽名及核章)

身分證號碼：D122○○○122

電話：06-2679○○○ 0955○○○5555

住址：臺南市東區○○里○鄰○○路○段○2巷○弄○○號

中華民國 113 年 4 月 10 日

## 切結書

(非病患本人存簿或醫院/健保欠費須填寫)

申請人 王大○ 申請「113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：

印/醫院大章

■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

(病患資料及核章)

申請人(病患)姓名：王大○

印

身分證字號：D122○○○122

電話：06-2679○○○ 0955○○○5555

地址：臺南市東區○○里○鄰○○路○段○巷○弄○○號

中華民國 113 年 4 月 10 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 王 小 〇 (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(病患)關係： 醫院 其他( 兄弟 )

申請人(病患)簽名：王 大 〇

蓋章：

印印

受託人/醫院簽名：王 小 〇

蓋章/醫院大章：

印/醫院大章

中 華 民 國 113 年 4 月 10 日