臺南市公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫

提出申請

醫療費用繳清者　　醫療欠費者

衛生所(醫療費用繳清者) 或 **醫院**(醫療欠費者)
協助提出申請就醫補助費用

代墊醫院、衛生所初審

衛生所協助提出申請並初審

1.醫療收據正本
2.戶口名簿影本/身分證正反面影本或居留證或護照影本或健保卡影本(擇一)
3.低收入戶證明或中低收入戶證明或符合各級政府依其相關規定補助之經濟弱勢者
4.存簿帳戶封面影本及領款領據
5.申請人若因故由他人代理申請，另填具委託書
6.申請人使用他人之帳戶影本，另填具切結書

代墊醫院協助提出申請並初審

1.醫療收據正本或欠費明細單
2.戶口名簿影本/身分證正反面影本、居留證、護照影本或健保卡影本(擇一)
3.低收入戶證明或中低收入戶證明或符合各級政府依其相關規定補助之經濟弱勢者
4.醫院填具委託書及開立領款領據
5.醫院帳戶名稱(存簿封面影本)
6.醫院填具切結書

臺南市政府衛生局複審

初　審

不符合 → 補　件

符　合

將申請文件送臺南市政府衛生局醫事科

複　審

不符合 → 退　件 / 補　件

符　合

辦理核銷程序

核發款項至申請人申請書內指定帳戶

發文至代墊申請醫院開立領據以核發款項

結　案