

臺南市醫療補助申請表（一）

申請日期：____年____月____日

申請 本 資 料	姓名									出生 年月日	民國（前） 年 月 日			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	身分證 字 號										電 話	日：_____夜：_____			
	戶籍地	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 臺南市 區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓													
	通訊處	<input type="checkbox"/> 同戶籍地 <input type="checkbox"/> 區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓													
申請人 應具之 身分及 現 況	<input type="checkbox"/> 低收入戶之傷、病患者：____年____月____日起核列____款低收入戶在案。 <input type="checkbox"/> 中低收入戶之傷、病患者：____年____月____日起核列在案。 <input type="checkbox"/> 公費收容，地點：_____														
具 領 人 本 資 料 (單 位)	<input type="checkbox"/> 同申請人（請打勾，以下基本資料可免填）														
姓 名									與患者 關係	<input type="checkbox"/> 親屬：____ 電話 日：_____ <input type="checkbox"/> 其他：____ 手機：_____					
身分證 字 號										地 址	縣（市） 鄉（鎮市區） 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓				
應 備 文 件	1. 全戶戶籍謄本影本一份 2. 低收入戶、中低收入戶證明書；非前2款規定之本市市民請附全戶財稅資料並填申請表（二） 3. 全民健康保險特約醫院或診所之自付費用收據正本 4. 醫療診斷證明書正本（應載明入、出院日期） 5. 具領人之存摺封面影本 6. 委託書、授權書、個人就醫資料查調同意書、檢驗費明細清單、非指定特殊材料費明細清單、非指定病房證明書、共同委任及切結書等證明文件														
本人（或具領人）保證上述所填各項資料及所附文件均為真實，若以詐欺或提供不實資料取得本補助者，無條件立即繳回所領取之補助款項予臺南市政府社會局。 患者簽章：_____ 具領人（單位）簽章：_____															
※填表需知： 1. 本補助由申請人具領補助；如申請人因故無法親自具領，應以委託書委由代理人具領；代理具領人應以申請人之家屬為優先，無家屬者，得由里幹事、社工人員、醫療院所或主管機關轉介收容之老人及身心障礙福利機構代為申請並具領補助，但情形特殊，由主管機關以專案方式辦理者，不在此限。 2. 掛號費、證明書費、個人衛生費、膳食費、義肢、義眼、義齒、配鏡、鑲牙、整容、整形、病人運輸、指定醫師特別護士、指定藥品或材料費、疾病預防與非因疾病而施行預防之手術、節育結紮、住院期間之看護費、指定病房費及其他與醫療無直接相關之項目，不予補助。 （其餘未規定事項，依臺南市醫療補助辦法第五條規定辦理）															
區 公 所	承 辦	人	核 章	課 長	核 章	區 長	核 章								

初核結果	<input type="checkbox"/> 符合補助，同意補助_____元 (計算方式：_____)		
	<input type="checkbox"/> 不符合補助，原因_____		
核章：			
社會局核定結果	<input type="checkbox"/> 符合補助，同意補助_____元 (計算方式：_____)	承辦人核章	科長核章
	<input type="checkbox"/> 不符合補助，原因_____		局長核章
核章：			

臺南市醫療補助申請表(二)

一、全家人口及收入狀況：

稱謂	姓名	性別	出生			足齡	職業	收入項目(全年)(元)						
	身分證字號		年	月	日			工作收入		利息收入	動產與不動產收益	其他收入	小計	
								實際收入	規定收入					
申請人														

(人口欄位不足時，請在此浮貼)

以上所載全家人口及狀況均屬實，倘有隱瞞或不實，本人願負偽造文書及冒領公款等法律責任。

簽章：_____

二、審核結果：請依國稅局、稅捐稽徵單位提供財稅資料或實際調查資料填寫

審核項目	區公所審核結果	審核項目	區公所審核結果
1. 有工作能力人數		4. 平均每人每月收入	
2. 全家人口數		5. 動產	

3. 全家每月總收入		6. 不動產 土地__筆及房屋__棟 依公告現值合計	
區公所調查結果	<input type="checkbox"/> 1. 符合家庭總收入平均未達當年度本市每人每月最低生活費標準1.5倍者，且家庭財產未逾本市當年度公告中低收入戶標準之1.2倍者。 <input type="checkbox"/> 2. 不符合 <input type="checkbox"/> 家庭總收入平均已達當年度本市每人每月最低生活費標準1.5倍以上者。 <input type="checkbox"/> 家庭財產超過本市當年度公告中低收入戶標準之1.2倍以上者。 調查人員核章： 承辦人核章：		