

臺南市原住民健康檢查費用補助申請表

一、基本資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	申請日期	年 月 日
	身分證字號		出生年月日			受理申請單位核章
	連絡電話		族別			
	地址	<input type="checkbox"/> 戶籍地址 _____ <input type="checkbox"/> 通訊地址 _____				

二、申請人聲明	本人_____申請「臺南市原住民健康檢查費用補助」，於2年內未曾接受公教健檢及本計畫提供之健康檢查相關補助，所附文件資料均屬確實，並同意臺南市政府透過中央健康保險署向醫院調閱相關病歷等資料，以供相關補助申請審查，倘有隱瞞或不實，本人願繳回全部補助款並負偽造文書及冒領公款等法律責任。					
	此致 臺南市政府 簽名蓋章：_____ 中華民國：_____年_____月_____日					

受理特約醫院填寫	收件日期	年 月 日(星期)	第一階段健檢日期	年 月 日(星期)	
	受 理 醫 院	國立成功大學醫學院附設醫院		衛生福利部胸腔病院及其門診部	
		衛生福利部臺南醫院		衛生福利部新營醫院	
		臺南市立醫院		衛生福利部臺南醫院新化分院	
		臺南市立安南醫院		高雄榮民總醫院臺南分院	
第一階段健檢結果： <input type="checkbox"/> 無需申請二階段健檢，結案。 <input type="checkbox"/> 異常，需申請第二階段健檢。					
<input type="checkbox"/> 確認文件 <input type="checkbox"/> 申請表 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 戶籍資料 <input type="checkbox"/> 第一階健檢報告 <input type="checkbox"/> 第二階健檢項目明細					
<input type="checkbox"/> 申請第二階段健檢，申請補助金額：新臺幣_____元整。					
承辦人		單位主管		會計	機關(單位)首長