

臺南市政府社會局中低收入老人醫療補助申請表

申請日期：____年____月____日

申請人資料	姓名							出生 年月日	民國（前） 年 月 日			性別	☐ 男 ☐ 女 ☐ 其他	
	身分證 字 號									電話				
	戶籍地	☐ ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐ 台南市 區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓												
	通訊處	☐ 同戶籍地 ☐ 區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓												
資料代理人	☐ 同申請人（請打勾，以下基本資料可免填）													
	姓名							與申請 人關係				電話		
	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. 中低收入老人生活津貼證明。 ☐ 2. 全民健康保險特約醫院或診所之自付費用收據正本。 ☐ 3. 載明住院及出院日期之醫療診斷證明書正本。 ☐ 4. 具領人之存摺封面影本。 ☐ 5. 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。 申請人或代理人簽章：_____														
區公所 初核結果	☐ 符合補助，同意補助 _____ 元 （計算方式： _____） 本年度累計(含本次)： _____ 元 ☐ 不符合補助，原因 _____													
	承 辦 人						課 長				區 長			
社會局 核定結果	☐ 符合補助，同意補助 _____ 元 （計算方式： _____） 本年度累計(含本次)： _____ 元 ☐ 不符合補助，原因 _____													
	承 辦 人						科 長				局 長			