

109年公彩-填寫範例：藍色字

申請資料表

申請日期 109年4月23日

申請人姓名 (病患)	王 小 明	蓋章	印	性別	☒ 男 ☐ 女	出生年月日	50 年 10 月 20 日
身分證/居留證/護照編號	D1234567xx						
聯絡電話	(市內電話) 06-255-6xxx (手機) 0955-xxxxxx						
戶籍地址	臺南市 東 區 崇 成 里 10 鄰 林 森 路 五 段 巷 弄 1000 號						
現居地址	☐ 同上 ☒ 非戶籍地：臺南市 南 區 大 學 里 5 鄰 大 學 路 段 巷 弄 20 號						
填表人姓名 (受託人)	王 大 明	蓋章	印	與申請人關係	☐ 本人 ☒ 其他 <u>兄弟</u>	聯絡電話	06-266-xxxx
身分證字號	D1233445xx						

■申請須知：

- 每一個申請人需各自檢附身分證明文件或戶口名簿影本(擇一)、申請表、領款領據等申請資料。以『影本』提供作申請之用者，需蓋『申請人或受託人私章』，經初審單位審核無誤後，加註『與正本相符』章。(檢具文件若為影本，請民眾攜帶正本、以利核對)
- 申請資料經審核不符退件者，應於 **1 個星期內** 補正送件；若經詢民眾放棄補件或經費用罄，事後不得提出任何異議。
- 申請條件：☒ 持醫療收據申請者，請選【至衛生所申請】須填下列1.2.3.4項
☐ 醫院協助欠費民眾申請者，請選【醫院協助醫療欠費者申請】須填下列1.2.3.5項
- 申請審核通過起1~3個月內撥款完成，補助金入帳時間，不另行通知。

■申請人檢具文件：

- 申請人應符合下列資格(請勾選其一) **影本空白處蓋申請人或受託人私章**
 - ☒ 戶籍設籍於臺南市，並有戶籍地區公所核發之**109年度低收入戶證明**(☒ 正本 ☐ 影本)
 - ☐ 戶籍設籍於臺南市，並有戶籍地區公所核發之**109年度中低收入戶證明**(☐ 正本 ☐ 影本)
 - ☐ 符合各級政府依其相關規定補助之經濟弱勢者或由各級政府認定經濟困難並開立證明者
經濟弱勢證明(每月領有臺南市政府社會局或區公所核發經濟補助 ☐ 正本 ☐ 影本)
- 申請文件：
 - ☒ **109年度醫療收據****正本**(須蓋妥診所或醫院章) **不得持影本/副本或補發之醫療收據**
- 具健保身分之本國人士/外籍人士：
 - ☒ 有健保身分之本國人士 → 申請者身分證(正反面影本)
 - ☐ 有健保身分之外籍人士 → 居留證或護照(正反面影本)
 - ☐ 有健保身分14歲以下申請者，可持健保卡(影本)；6個月以下檢附戶口名簿影本即可。
 - 受託人或醫院代為申請者 **須填代理申請委託(授權)書**(親屬優先，如無親屬者得由社工訪視員或里長/醫院)
- 【至衛生所申請者，請填寫此項】
 - 個人匯款帳戶：☐ 申請者本人金融帳戶(影本) **不須填寫(申5)領款領據及切結書**
☒ 非申請者本人金融帳戶(影本) **須填寫(申5)領款領據及切結書**(配偶或4等親以內)
 - 領款領據：☐ 須填妥初審金額(衛生所填寫)及申請人之詳細資料及核章完整。
- 【醫院協助醫療欠費者申請】 **須填醫院須填妥切結書，並詳填匯款資料**
 領款領據：醫院請依衛生局發文之複審核定金額開立領款領據，速送局俾辦理撥款程序。

■審核結果：

初審結果：【衛生所/醫院】☒ 合格 ☐ 不合格(原因：**醫療收據為補發，於4/20退件，4/23補正**)日期：**109/4/23**
 複審結果：【衛生局 複審】☐ 合格 ☐ 不合格(原因：_____)日期：_____

醫療費用補助明細表

申請人姓名 (病患)	王 小 明	出 生 年月日	50 年 10 月 20 日
身分證字號	D1234567xx		
聯絡電話	(市內電話) 06-255-6xxxx (手機) 0955-xxxxxx		

■補助醫療項目及金額■▶ 補助金額每人每年最高補助合計為新臺幣30,000元上限

1、掛號費：健保不給付之門診、急診及住院掛號費用。**補助項目代號:1**

2、健保部分負擔：係指健保在保者就醫時，由健保特約醫療院所代為收取健保給付範圍之自付費用。
補助項目代號:2

3、住院膳食費：住院期間健保不給付之膳食費用。(填寫補助項目代號:3及住院膳食費單張收據天數)

4、救護車費用：病患因緊急狀況就醫、院間轉診或強制就醫時之救護車費用(需檢附急診醫師開立之緊急就醫、院間轉診或強制就醫證明)。(每人每年6,000元為上限) **補助項目代號:4**

衛 生 所 ／ 醫 院 初 審 結 果 ＊不同補助項目及金額，請分格填寫＊				衛 生 局 複 審 結 果					
就診日期/期間 (年/月/日)	就診醫療院所名稱 (例如：成大、永康奇美…)	申請補助項目 (請填代號 1-4)	申請金額 (新臺幣)	就診日期 (年/月/日)	就診醫療院所 名稱	核定 補助項目	項目金額	核定 補助金額	備註
109/1/5	永康奇美醫院	1	150	/ /					
109/2/12	佳里奇美醫院	2	850	/ /					
109/3/18	陳明旭小兒科	1 2	100 50	/ /					
109/3/25	成大醫院	3(20 天)	1600	/ /					
109/4/10	歐小明救護車	4	2000	/ /					
/ /				/ /					
/ /				/ /					
/ /				/ /					
/ /				/ /					
/ /				/ /					
/ /				/ /					
/ /				/ /					
/ /				/ /					
/ /				/ /					
/ /				/ /					
/ /				/ /					
/ /				/ /					
合 計		4750		合 計					
				核定補助金額					
初 審 單 位		核 章		複 審 單 位		核 章			
承 辦 人		單 位 主 管		承 辦 人		二 層 主 管			
核 章		核 章							

*衛生所經初審及填寫確認無誤後，於初審單位處核章

醫療費用收據正本或醫療項目欠費明細單黏貼表

醫療收據 (或欠費明細單) 第一張浮貼處	醫療收據 (或欠費明細單) 第二張浮貼處	醫療收據 (或欠費明細單) 第三張浮貼處	醫療收據 (或欠費明細單) 第四張浮貼處	醫療收據 (或欠費明細單) 第五張浮貼處	醫療收據 (或欠費明細單) 第六張浮貼處	醫療收據 (或欠費明細單) 第七張浮貼處	醫療收據 (或欠費明細單) 第八張浮貼處	醫療收據 (或欠費明細單) 第九張浮貼處	醫療收據 (或欠費明細單) 第十張浮貼處	依序黏貼				
醫療收據正本請依日期或相同看診醫院收據依序黏貼														

1. 有關申請人基本資料、事由、證明文件，均係申請人據實提供，若有不實，願負相關法律責任。
2. 本人同意主管機關如基於評估及審核之必要，得調閱本人及家屬之戶籍或有關資料，並同意做為本案處理、歸檔等業務使用

浮 貼 處 【申請人(病患)身分證影本正面】 【14 歲以下申請人健保卡正面】	浮 貼 處 【申請人(病患)身分證影本背面】
浮 貼 處 【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/醫院申請，需另填寫授權書 (申 6 上)	浮 貼 處 【受託人身分證影本背面】
浮 貼 處 【存簿提供者身分證影本正面】 【14 歲以下申請人健保卡正面】 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)	浮 貼 處 【存簿提供者身分證影本背面】
【存簿儲金封面影本】 浮 貼 處 衛生所：非病患本人存簿，需填寫領款領據(申 5 上)及切結書 (申 5 下) 醫院：附醫院存簿-需填寫切結書 (申 5 下)	
身分證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。	

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，經審核後核定金額為新臺幣
萬____千____佰____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

核定金額勿填

(填寫病患資料及核章)

申請人(病患)姓名：王小明

印

(簽名及核章)

身分證號碼：D1234567xx

住址：臺南市東區崇成里10鄰林森路五段1000號

電話：06-256-xxxx 0955-xxxxxx

中華民國 109 年 4 月 23 日

切結書

(非病患本人存簿或醫院須填寫)

申請人 王小明 申請「109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，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)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。

(存簿提供者資料及核章)

■銀行名稱：中國信託商業銀行台南分行

印/醫院大章

■戶名/醫院名稱：王大明■身分證字號/醫院統一編號：D1233445xx帳號：03241255122x

此致

臺南市政府衛生局

(病患資料及核章)

申請人(病患)姓名：王小明

印

身分證字號：D1234567xx聯絡電話：06-255-6xxx 0955-xxxxxx地址：臺南市南區大學里5鄰大學路20號

中華民國 109 年 4 月 23 日

代理申請委託(授權)書

(受託人/醫院申請須填寫)

本人茲因 ☐ 欠費 ☒ 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 王大明 (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：王小明

蓋章：

受託人/醫院簽名：王大明

蓋章/醫院大章：

中 華 民 國 109 年 4 月 23 日

補助金額：(此欄位須複審後再由衛生局填寫)

掛號費：

次數：

最高金額：

最低金額：

健保部分負擔：

次數：

最高金額：

最低金額：

住院膳食費：

次數：

日數：

最高金額：

最低金額：

救護車費用：

次數：

最高金額：

最低金額：