

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	身分證字號											電話						
	戶籍地	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 台南市 <div style="text-align: center;">區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓</div>																
	通訊處	<input type="checkbox"/> 同戶籍地 <input type="checkbox"/> 區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓																
資料代理人	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. 中低收入老人生活津貼證明。 <input type="checkbox"/> 2. 全民健康保險特約醫院或診所之自付費用收據正本。 <input type="checkbox"/> 3. 載明住院及出院日期之醫療診斷證明書正本。 <input type="checkbox"/> 4. 具領人之存摺封面影本。 <input type="checkbox"/> 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。																	
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">申請人或代理人簽章: _____</p>																		
區公所初核結果	<input type="checkbox"/> 符合補助,同意補助 _____ 元 (計算方式: _____) 本年度累計(含本次): _____ 元 <input type="checkbox"/> 不符合補助,原因 _____																	
	承辦人					課長					區長							
社會局核定結果	<input type="checkbox"/> 符合補助,同意補助 _____ 元 (計算方式: _____) 本年度累計(含本次): _____ 元 <input type="checkbox"/> 不符合補助,原因 _____																	
	承辦人					科長					局長							