臺南市醫療補助申請表（一）

申請日期：____年____月____日

患者基本資料	姓　名		出生年月日	民國（前）　年　月　日		性別	
	身分證字號			電　話	日：_____夜：_____ 手機：_____		
	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					
	申請人應具之身分及現況	□低收入戶之傷、病患者：____年____月____日起核列____款低收入戶在案。 □中低收入戶之傷、病患者：____年____月____日起核列在案。 □公費收容，地點：_____					
具領人（單位）基本資料	□同申請人（請打勾，以下基本資料可免填）						
	姓　名		與患者關係	□親屬：_____ □其他：_____	電　話	日：_____ 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、個人就醫資料查調委託書、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）

	承辦人核章	課長核章	區長核章
區公所初核結果	□符合補助，同意補助_____元 （計算方式：　　） □不符合補助，原因_____ 核章：		
	承辦人核章	科長核章	局長核章
社會局核定結果	□符合補助，同意補助_____元 （計算方式：　　） □不符合補助，原因_____ 核章：		