

宜蘭縣弱勢族群排除就醫障礙補助申請書

1080117 修

<p>基本資料欄</p>	<p>姓名：_____ 年齡：_____ 性別：<input type="checkbox"/>男<input type="checkbox"/>女</p> <p>出生日期：_____年_____月_____日 身份證字號：_____</p> <p>設籍日期：_____年_____月_____日</p> <p>戶籍地址：_____ 電話：_____</p> <p>聯絡地址：<input type="checkbox"/>同上 _____ 電話：_____</p>
<p>評估欄</p>	<p>※補助對象：設籍於宜蘭縣且符合經濟弱勢者。（補助至當年度總經費用罄為止則不再受理）</p> <p>※經濟困難評估：（提供申請當年度符合證明資料）</p> <p><input type="checkbox"/>低收入戶：其資格認定係依據社會救助法第4條規定。</p> <p><input type="checkbox"/>中低收入戶：其資格認定係依據社會救助法第4-1條規定。</p> <p><input type="checkbox"/>其他經濟弱勢：符合各級政府依其相關規定補助之經濟弱勢者(含中低老人生活津貼)及政府認定經濟困難並開立證明者，抑或符合各縣(市)街友(或遊民)安置輔導辦法者。</p> <p>※申請經費：（提供收據正本）</p> <p><input type="checkbox"/>健保部份負擔費用：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。（包含門診、急診、住院部分負擔）</p> <p><input type="checkbox"/>健保欠費：無力繳納健保費或積欠健保費者，予以協助繳納健保欠費之金額。</p> <p><input type="checkbox"/>住院期間膳食費：住院期間健保不給付之膳食費用。</p> <p><input type="checkbox"/>偏遠地區交通費：居住偏遠地區，無大眾交通運輸工具或有大眾交通運輸工具但班次過少時，轉診或返家所搭乘計程車或自用汽(機)車之交通費用。申請偏遠地區交通費時需檢附就醫證明，每人每年以2,000元為上限。（健保署公告107年全民健康保險醫療資源缺乏地區：冬山鄉、五結鄉）</p> <p><input type="checkbox"/>掛號費：健保不給付之門診、急診及住院掛號費用。</p> <p><input type="checkbox"/>轉診、轉院之救護車費用：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（含隨車救護人員費用），需檢附急診醫師開立之需緊急就醫證明、院間轉診證明或強制就醫證明，每人每年6,000元為上限。</p> <p><input type="checkbox"/>無健保身分者就醫時之醫療自付費用(以健保給付範圍為限)：係指無健保身分者就醫時，醫療院所依健保支付標準所收取之費用(診察費、藥劑費、注射技術費、檢驗費、X光檢查、電腦斷層費、藥事服務費、護理費、開刀費、特材費等)。</p> <p>*以上各項補助費用合計每人每年30,000元為上限。</p> <p>*補助對象若符合縣(市)醫療補助辦法第2條，依法已受補助者，或政府已依相關規定編列預算執行者，皆不予補助。</p> <p>*其他醫療自付費用如特殊用藥、特殊耗材、自費醫(藥)材、輔助器具等，原則不同意編列。</p> <p>收件日期：_____年_____月_____日 完成日期：_____年_____月_____日</p> <p>醫療機構名稱：_____ 受補助人簽章：_____</p> <p>醫療機構用印：_____ 電話：_____</p> <p>醫療機構地址：_____ 評估人員簽章：_____</p> <p>*申請人因故須由他人代理申請者，以其親屬為優先；但代理申請書需有申請人之親筆簽名或捺印。</p>

備註	<p>一、醫院協助個案申請費用需備妥下列資料：</p> <ol style="list-style-type: none">1. 申請書2. 個案受補助當年度低收、中低收、其他經濟弱勢證明文件3. 個案身分證影本（正反兩面）4. 「弱勢族群排除就醫障礙補助計畫統計清冊」(電子檔寄送衛生局)及收據正本彙整送回宜蘭縣政府衛生局。 <p>二、衛生所協助個案申請費用需備妥下類資料：</p> <ol style="list-style-type: none">1. 申請書2. 個案受補助當年度低收、中低收、其他經濟弱勢證明文件3. 個案身分證影本（正反兩面）4. 領據5. 撥入帳戶存摺影本6. 符合補助項目之醫療收據. 健保欠費正本7. 委託書. 改撥不同帳戶申請書. 戶籍謄本(視需求)8. 「弱勢族群排除就醫障礙補助計畫統計清冊」(電子檔寄送衛生局) <p>三、宜蘭縣政府衛生局評估補助個案合適性，於年度計畫金額內核實補助，不符合補助對象將予以退件。</p>
----	--