宜蘭縣弱勢兒童及少年醫療補助申請表

申請日期：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>申請（監護）人姓名</td><td>關係</td><td colspan="2">聯絡地址</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>申請人身分證字號</td><td>聯絡電話</td><td colspan="2" rowspan="2">應備文件
□領據。　□郵局存摺封面影本。
□戶口名簿。　□全戶各類所得資料。
□發展遲緩兒童評估及療育訓練費
□健保卡影本。
□醫療健保自行負擔之住院費用收據正本暨支付明細。
□看護支出費用收據正本。
□低收或中低收入戶證明。 □兒少保護個案摘要(轉介)表。
□其他相關證明文件：（醫師診斷證明、看護證明、重大傷病證明等佐證文件）</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td>兒童/少年姓名</td><td>出生年月日</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td>兒童/少年
身分證字號</td><td>受款郵局
帳戶戶名</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">受款局帳號</td></tr>
<tr><td>補助對象</td><td colspan="3">弱勢兒童及少年生活扶助與托育及醫療費用補助辦法第9條_____款補助對象</td></tr>
<tr><td>補助事項</td><td colspan="3">□1.補助全民健康保險應自行負擔之住院費用及住院期間之看護費用。
□2.未婚懷孕生產、流產醫療費用；以特殊境遇家庭扶助條例未補助之費用為限。
□3.為確認身分所作之親子血緣鑑定費用。
□4.全民健康保險未涵蓋之發展遲緩兒童評估費及療育訓練費。
□5.經醫師鑑定，因早產及其併發症所衍生之醫療、住院費用。
□6.無全民健康保險投保資格個案之醫療費用。
□7.其他經評估有補助必要之項目。</td></tr>
<tr><td colspan="4">審核結果</td></tr>
<tr><td colspan="4">□符合補助　　□不符合補助

核准補助項目：

核准補助金額：新臺幣_____元整。</td></tr>
<tr><td>縣府承辦人：</td><td>科長：</td><td colspan="2">處長：</td></tr>
</table>