

桃園市政府衛生局
115 年度民眾完成失智症診斷及照護補助收據

_____君(身分證統一編號：_____)於 115 年
至_____醫院申請失智症診斷證明書及至本市失智據點參與課程服
務，茲向桃園市政府衛生局請領補助費用，共計新臺幣_____元整。

此據

具領人 本人： (請蓋私章)

代理人： (請蓋私章)

與個案關係(檢附證明):

身分證統一編號：

住址：

電話：

匯款戶名：

匯款銀行：

匯款帳號： (請提供帳戶影本)

中 華 民 國 年 月 日

附註：

- (一) 對象：經篩檢單位篩檢結果 AD-8 \geq 2 分，經由轉介流程接受失智症診察之個案。
- (二) 個案經由本計畫篩檢、轉介，並由本市設有精神科、神經內科或記憶門診醫療院所進行失智症相關檢查並至本市失智據點參與課程服務。
- (三) 由民眾檢具領據、個案診斷證明書影本及據點服務或課程參與佐證資料，得以向本局申請費用，本局行政審查核可後支付費用。
- (四) 匯費規定：如個人金融帳戶屬臺灣銀行帳戶，則免扣匯費；非屬臺灣銀行帳戶，則需內扣匯費(由具領人自行支付)。
- (五) 若為代理人代領，請載明與個案之關係，並檢附相關佐證資料。