

# 桃園市政府衛生局公益彩券回饋金補助費用申請表

申請日期： 年 月 日

衛生局收件日期： 年 月 日

<b>申請人姓名</b>		<b>身分證字號</b>	
<b>出生年月日</b>		<b>性別</b>	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 多元性別
<b>申請人住址</b>			
<b>聯絡電話</b>	市話：	手機：	
<b>申請者身分</b>	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 其他經濟弱勢（備註） 註1. 由桃園市政府認定經濟困難並開立證明者，如中低收入老人生活津貼證明、身心障礙生活補助證明、兒童及少年生活扶助證明、全民健康保險對象經濟困難證明及符合桃園市遊民安置輔導自治條例(經社會局列冊)對象等。 註2. 由村里長開具清寒證明恕不認定。		
<b>申請費用類別</b>	<input type="checkbox"/> 掛號費 <input type="checkbox"/> 健保部分負擔 <input type="checkbox"/> 住院膳食費 <input type="checkbox"/> 健保欠費 <input type="checkbox"/> 救護車費用 <input type="checkbox"/> 偏遠地區交通費 <input type="checkbox"/> 無健保身分者就醫時之醫療自付費用 （各項補助費用合計，每人每年以新台幣3萬元為上限）		
<b>檢附文件證明</b>	須完整檢附以下文件： <input type="checkbox"/> 相關費用收據正本 <input type="checkbox"/> 申請人身分證正反面影本或戶口名簿影本（未成年者） <input type="checkbox"/> 低收入戶、中低收入戶或其他經濟弱勢證明文件影本 <input type="checkbox"/> 申請人郵局帳戶封面影本 申請救護車費用及偏遠地區交通費，須額外繳交以下文件： <input type="checkbox"/> 緊急就醫證明、院間轉診證明或強制就醫證明 <input type="checkbox"/> 就醫或接受居家醫療照護服務證明		
<b>注意事項</b>	1. 申請人所提供資料均應屬實，申請補助所提供之核銷單據需為正本，不得以同一費用類別重複申請，倘有隱瞞不實者，申請人願負偽造文書及非法請領公款等法律責任，且本局有權採取註銷請領資格、停止補助及追回溢領款項等措施。 2. 申請人有不當重複就醫(每季 40≥次、每年 90≥次)或其他不當使用醫療資源之情形，本局有權註銷請領資格及停止補助。 3. 本補助費用採郵局無摺存款方式給予，如申請人提供其他帳戶須自行負擔衍生之手續費。 4. 申請補助審核通過後，就醫相關費用等收據核銷約需 1-2 個月辦理期間。 5. 本計畫年度補助經費用罄時，將不再受理補助申請。		
我已閱讀上述說明並同意申請書內容，申請人或委託人簽章：_____			
<b>初審結果</b>	<input type="checkbox"/> 資料符合。 <input type="checkbox"/> 資料缺件，說明：_____，請補件後再行申請。 <input type="checkbox"/> 申請對象不符合資格。		