所屬年度：　　澎湖縣政府衛生局費用動支黏貼憑證用紙　　簽證號:

憑證編號	預算科目		金額	用途說明
	業務計畫:	衛生業務		補助弱勢族群就醫相關費用
	工作計畫:	醫政管理		
	用途別:	獎補助費-社會福利津貼及濟助-濟助費		

公益彩券回饋金補助弱勢族群就醫相關費用申請表

申請	月份			總計	案本	□符合 □不符合

個案資料	姓名:	身分證字號：	性別： □男 □女
	出生年月日:民國　　年　　月　　日		身份別： □低收入戶 □中低收入戶 □各級政府認定經濟困難開立之證明 □其他
	地址		
申請人	姓名：	身分證字號：	聯絡電話：
	與個案關係：□本人 □父母 □子女 □其他(請註明關係):		
	本次就醫是否已申請其他機關或團體提出補助申請 □ 是 □ 否		
帳戶	金融機構：	帳號：	

補助項目	□健保欠費_____元 □住院膳食費_____元 □救護車費用_____元 □偏遠地區交通費_____元 □掛號費_____元 □無健保之醫療自付費用_____元 □健保部分負擔_____元	**應繳文件**	θ中低收入戶證明或由各級政府認定經濟困難開立之證明 θ國民身分證正反面影本 θ就醫證明 θ醫院收據 θ郵政儲戶存摺影本 θ轉診證明(申請健保部分負擔補助時需檢附) θ其他:
個人領據	茲收到澎湖縣政府衛生局撥付補助款，共計 新台幣　　萬　　仟　　佰　　拾　　元整，確實無訛。 具領人姓名：　　(簽章)　中 華 民 國　　年　　月　　日		

公益彩券
財政部關心您


關懷·希望·愛
公益彩券
財政部關心您

各項補助費用說明

項目	單位	單價	計算及使用說明
住院膳食費	人次 人次	150 180	住院膳食 150 元/天 治療膳食 180 元/天
救護車費用	人次	1500	每人每年 6,000 元為上限。
偏遠地區交通費	人數	400	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，病患就醫轉診或返家所搭乘計程車之交通費用。每人每年以 2,000 元為上限。
掛號費 （一般、急診）	人次 人次	150 300	一般掛號費 150 元 急診掛號費 300 元
無健保身分者就醫時之醫療自付費用	人數	10,000	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、開刀費等。
健保部分負擔	人次	2,000	補助持有經濟弱勢證明經本縣醫院轉診至台灣本島住院所需自付健保部分負擔金額。

◎備註：

1. 本費用補助對象為設籍本縣，具有中低收入或由各級政府認定經濟困難者，並於本縣就醫，或至台灣本島就醫者。
2. 請於就醫離院事實發生 1 個月內，備妥各項收據正本、就醫診斷證明及身份證明，送至戶籍地衛生局審查核銷。
3. 一張申請表僅限申請一次就醫費用。
4. 以上各項補助費用合計每人每年以 **30,000 元**為上限。
5. 各項費用核銷皆需檢附收據證明。
6. 申請人因故須由他人代理申請者，以其親屬為優先；無親屬者，得由社工訪視員或村里長代為申請。
7. 當次就醫如已申請其他醫療自付費用，即不可與健保欠費重覆申請。
8. 交通費部份皆需檢附急診醫師開立之緊急就醫證明、院間轉診證明或強制就醫證明，搭乘計程車之交通費用以鄉鎮區分：(馬公市、望安鄉、七美鄉 150 元，馬公市第二衛生所轄區、湖西鄉、白沙鄉 250 元，西嶼鄉 400 元)，每人每年以 2,000 元為上限。
9. 各個項目單價依收據核實給付。
10. 無健保身分者就醫時之醫療自付費用不含特殊用藥、特殊耗材、自費醫(藥)材、輔助器具、病房差額等。
11. **<u>當年度經費如已用罄，將不再受理相關申請補助</u>**。

關懷·希望·愛
公益彩券
財政部關心您