

澎湖縣赴臺就醫病患及陪同者住宿費用補助申請表

申請日期： 年 月 日

病患姓名		身份證字號	生日	年 月 日
戶籍地址			電話	
申請人			(簽章)	與病患關係
住宿旅館	名稱			住宿起訖日
	地址			
				自 年 月 日 至 年 月 日 自 年 月 日 至 年 月 日 合計： 日
申請資料		☐ 醫療院所開立全民健康保險轉診單或澎湖縣嚴重或緊急傷病縣民轉診就醫交通費補助申請表影本。 ☐ 醫院開立之入住加護病房或放射/化學治療相關證明(註明就醫或療程期間)。 ☐ 住宿費統一發票(或收據)正本。 ☐ 戶籍證明文件(如身分證)。 ☐ 低收入戶或中低收入戶證明。 ☐ 患者或陪同者之金融機構存摺封面影本。(匯入陪同者存摺需填寫匯款委託書)		
身分別		☐ 本縣列冊之低收入戶(每日最高補助新臺幣 600 元整，每趟次最高補助新臺幣 3,000 元)。 ☐ 本縣列冊之中低收入戶(每日最高補助新臺幣 400 元整，每趟次最高補助新臺幣 2,000 元)。		
合計補助金額(元)				
審核意見		☐ 同意 ☐ 不同意原因：		

*注意事項：

- (一) 申請補助者應於就醫或療程結束日起三個月內，向本縣衛生局或各鄉(市)衛生所申請辦理補助，逾期不予受理。
- (二) 病患就醫(轉入)以台灣本島醫院為限。
- (二) 以不正當行為或虛偽不實之文件申請補助或重複申請者，本府應即停止補助，並追回其已領之補助費用，並自發現日起二年內不得申請本補助。

申請人簽名：_____