

# 臺東縣中低收入傷病醫療費用補助申請查定表

壹、申請人資料

114 年

患者姓名：	身分證字號：	申請日期： 年 月 日
聯絡電話：	出生日期： 年 月 日	年齡：
戶籍地址：		
通訊地址： <input type="checkbox"/> 同戶籍地址		

貳、家屬(配偶及一親等直系血親) 申請人非列冊(中)低收入戶者必填

稱謂	姓名	性別	年齡	出生年月日			稱謂	姓名	性別	年齡	出生年月日		

申請人：\_\_\_\_\_ 簽章

代理申請人：\_\_\_\_\_ 簽章與患者關係\_\_\_\_\_

(由代理人申請應檢附委託書/授權書)

參、受理單位人員填寫(公所、救助機構、醫院)

**●申請補助對象：**

低收入戶 中低收入戶 低收入戶老人 中低收入戶老人 中低收入老人1.5倍 中低收入老人2.5倍 其它(中低收入1.5倍(全戶平均每月收入23,273元內)) 全戶平均每月收入超過當年度最低生活費1.5倍(23,273元)

**●檢附證明文件：(影印本請蓋與正本相符章+職章)**

申請人之身分證正反面影印本或新式戶口名簿影印本

低收入戶或中低收入戶證明書正本

診斷證明書正本 (需備註入、出院日期及健保未給付自費項目為醫療所必須，非病患或家屬指定使用自費)

醫療費用收據正本

自費項目明細表正本

申請人金融機構存摺影印本

如委託他人辦理者，受委託人之身分證正反面影印本

申請人委由醫療院所或安置機構代為申請之切結書正本

應計人口戶籍及財稅檢附證明及其附件正本 (非列冊(中)低收入戶者需檢附)

其他切結書正本

受理人員：\_\_\_\_\_ 簽章

附註：1.申請人資料由申請人自填並蓋章或受理單位(公所、救助機構、醫院)承辦人員/受理人員代填。

2.家屬及受理單位欄(公所、救助機構、醫院)由承辦人員/受理人員填寫並核章。