

金門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	
轉出院所		轉出日期		
轉入醫院		轉入日期		
住宿 旅館	名稱	住 宿 起 迄		自 年 月 日
	地址			至
		日	年 月 日	合計： 日
申請資料	<input type="checkbox"/> 就醫事實證明、 <input type="checkbox"/> 醫療院所開立全民健康保險轉診單或金門縣離島地區居民轉診就醫交通費補助申請表影本、 <input type="checkbox"/> 住宿費統一發票或收據、 <input type="checkbox"/> 來回機(船)票票根影本、 <input type="checkbox"/> 戶籍證明文件影本、 <input type="checkbox"/> 居留證(新住民配偶)、 <input type="checkbox"/> 依親(配偶或未成年親生子女)之戶口名簿或戶籍謄本影本、 <input type="checkbox"/> 金融機構存摺封面影本、 <input type="checkbox"/> 病患或法定代理人存摺影本、 <input type="checkbox"/> 重大傷病證明(無則免附)、 <input type="checkbox"/> 低收入戶或中低收入戶證明(無則免附)。 早療個案： <input type="checkbox"/> 發展遲緩證明書、 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊或證明或綜合報告書影本。 *病患亡故，應檢附死亡證明或除戶證明並依繼承系統表提供申請人之金融機構存摺封面影本。 *以上文件均需完備。			
身分別	<input type="checkbox"/> 本縣列冊之低收入戶，每日最高補助新臺幣1,200元整，每趟次最高補助新臺幣六仟元。 <input type="checkbox"/> 本縣列冊之中低收入戶，每日最高補助新臺幣800元整，每趟次最高補助新臺幣四仟元。 <input type="checkbox"/> 前二項以外之一般戶，每日最高補助新臺幣500元整，每趟次最高補助新臺幣二仟五百元。			
年度申請次數	年度，申請第 次。			
匯款金融機構帳號	郵局，局帳號：		扣除手續費	<input type="checkbox"/> 無
	銀行， 分行，帳號：			<input type="checkbox"/> 需扣 元
合計補助金額(元)	補助總金額 元-手續費 元= 元。			
審核意見	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意原因：			

***注意事項：**

- (一)申請補助者應於就醫返金門之日起三個月內，向本縣衛生局或各鄉(鎮)衛生所申請辦理補助，逾期不予受理。
- (二)個案轉診赴臺至基層診所就醫者，不予補助。
- (三)經本府於審定通過後，補助費用逕行撥付予申請人，匯款所需手續費用由本補助款扣除
- (四)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。