

轉介日期：						轉介單位：		轉介者：		轉介單位主管(無轉介單位免)：							
個案基本資料	姓名						身分證字號						性別				
	生日		民國 年 月 日				電話										
	聯絡地址																
身分別	本縣縣民且具有下列身分資格者： ☐ 低收入戶 ☐ 中低收入戶 ☐ 其他經濟弱勢(領有中低收入老人生活津貼證明、領有身心障礙生活補助證明、符合特殊境遇家庭扶助條例或符合本縣遊民收容輔導自治條例等。)																
申請補助項目	☐ 健保欠費： 元。 ☐ 健保部分負擔費用，金額： 元。 ☐ 住院膳食費：金額： 元。 ☐ 救護車費用，金額： 元。(含隨車救護人員費用)。 ☐ 掛號費，金額： 元。 ☐ 偏遠地區交通費用，金額 元 ☐ 無健保身分者就醫時之醫療自付費用(以健保給付範圍為限)，金額： 元																
檢附文件	必備文件		☐ 本申請書。 ☐ 須設籍本縣國民身分證正反面影本或戶口名簿影本一份。 以下擇一項勾選： ☐ 低收入戶影本。(其資格認定係依據社會救助法第 4 條規定) ☐ 中低收入戶影本。(其資格認定係依據社會救助法第 4-1 條規定) ☐ 其他經濟弱勢：(領有中低收入老人生活津貼證明、領有身心障礙生活補助證明、符合特殊境遇家庭扶助條例或符合本縣遊民收容輔導自治條例等。)														
	其他證明文件		依實際申請項目檢附 ☐ 繳款單及欠費明細表。 ☐ 健保繳款單及欠費明細表。 ☐ 醫療費用明細收據正本。 ☐ 救護車費用收據正本。 ☐ 計程車車資證明收據。 ☐ 急診醫師開立之需緊急就醫證明、院間轉診證明或強制就醫證明。 ☐ 匯款金融帳號影本。														
初審金額： 元							個案及申請人簽章：										
以下由衛生局審查																	
審查結	☐ 同意補助，總計金額： 元。 ☐ 不同意，原因：																
承辦人員：							科室主管：										

備註：

1. 每位個案每年補助最高金額為 30,000 元整(含就醫費用及健保欠費)。
2. 補助對象若符合縣(市)醫療補助辦法第 2 條，依法已受補助者，或政府已依相關規定編列預算執行者，皆不予補助。
3. 填寫資料若有更正處，請於塗改處加蓋填寫人印章。
4. 當年度經費如已用罄，將不再受理相關申請補助。
5. 本補助之相關就醫費用以年度費用為基準。
6. 各項費用核銷皆需檢附相關證明文件。
*就醫相關費用部分需檢附醫療費用明細收據正本。
*交通費部份(救護車費用及偏遠地區交通費)除檢附相關收據正本，另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。
7. 申請辦理弱勢族群就醫補助請洽金門縣衛生局醫事科，聯絡電話：(082)330697 轉 111。
8. 每次計程車資補助費用依車資證明收據為準，並以下列補助額度為上限：

路程	每次補助計程車車資費用上限(新臺幣:元)
烈嶼鄉至衛生福利部金門醫院	600
金城鎮至衛生福利部金門醫院	320
金寧鄉至衛生福利部金門醫院	280
金沙鎮至衛生福利部金門醫院	230
金湖鎮(瓊林里、正義里、溪湖里、蓮庵里及料羅里)至衛生福利部金門醫院	200
金湖鎮(山外里、新湖里)至衛生福利部金門醫院	100

