

(附件一)金門縣病危返鄉運送服務交通費用補助申請表							年	月	日
稱謂	姓名	性別	出生年月日	身分證字號	病患戶籍地址		家屬與病患關係		連絡電話
病患									
家屬					寄送收據地址				
					郵遞區號 (-)	☐ 同上			
補助航程	☐ 臺北—金門 ☐ 臺中—金門 ☐ 臺南/高雄—金門				準備證明文件	☐ 醫療機構開具之病危通知單或病危之診斷證明書。 ☐ 病患及家屬身分證明文件影本。			
補助對象	當事人發生事實之時設籍本縣者。				其他填寫文件	☐ 金門縣病危返鄉補助款證明單。 ☐ 航空公司開具費用簽收單。 ☐ 航空公司搭機同意書。 ☐ 轉入病情回覆單。			
備註	一、請備自付款叁萬元整。 二、填妥後於搭機前交予安捷航空股份有限公司人員。 三、安捷航空股份有限公司將安排救護車及中級 EMT 以上人員、飛機配合返送金門。								
敬 陳 金門縣衛生局 承辦人： 科長： 會計： 副局長： 局長：									