(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

<table>
<tr><td>稱謂</td><td>姓名</td><td>性別</td><td>出生年月日</td><td>身分證字號</td><td colspan="2">病患戶籍地址</td><td>家屬與病患關係</td><td>連絡電話</td></tr>
<tr><td>病患</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">家屬</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td colspan="2">寄送收據地址</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>郵遞區號
(　-　)</td><td>□同上</td></tr>
<tr><td>補助航程</td><td colspan="4">□臺北—金門　□臺中—金門　□臺南/高雄—金門</td><td>準備證明文件</td><td colspan="2">□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。</td></tr>
<tr><td>補助對象</td><td colspan="4">當事人發生事實之時設籍本縣者。</td><td>其他填寫文件</td><td colspan="2">□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。</td></tr>
<tr><td>備註</td><td colspan="7">一、請備自付款叁萬元整。
二、填妥後於搭機前交予飛特立航空股份有限公司人員。
三、飛特立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。</td></tr>
</table>

敬　　陳

金門縣衛生局

承辦人：　　科長：　　會計：　　副局長：　　局長：