

附件四

金門縣公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫
就醫補助申請書

轉介單位：		轉介者：		轉介日期：	
個案基本資料	姓名		身分證字號		生日 民國 年 月 日
	性別		聯絡地址		
	電話		行動電話		
目前狀況	家庭背景及經濟狀況：(家系圖、主要經濟來源、負債、目前或曾經領有的補助情形等)				
	就醫原因：(診斷、就醫時情形、目前病況情形)				
申請條件	本縣縣民且具有下列身分資格者： ☐ 低收入戶 ☐ 中低收入戶 ☐ 其它經濟弱勢： _____ (領有中低收入老人生活津貼、身心障礙者生活補助、清寒證明或符合本縣遊民收容輔導辦法者等)				
申請補助項目	以下申請項目依實辦理核銷手續 ☐ 健保部分負擔費用，金額： _____ 元。【指健保在保者，就醫時，由醫療院所代為收取健保給付範圍之自付費用（包括門診、急診、住院）。】 ☐ 住院膳食費：金額： _____ 元(住院期間健保不給付之膳食費用)。 ☐ 救護車費用，金額： _____ 元。(病患因緊急狀況就醫、院間轉診或強制就醫時之救護車費用(含隨車救護人員費用)。每人每年 6,000 元為上限。 ☐ 掛號費，金額： _____ 元(健保不給付之門診、急診及住院掛號費用)。 ☐ 偏遠地區交通費用，金額 _____ 元(居住偏遠地區，無大眾交通運輸工具或有大眾交通運輸工具但班次過少時，病患就醫、轉診或返家所搭乘計程車。每人每年以 2,000 元為上限。) ，補助費用以本縣縣民戶籍地址至金門醫院為準。 ☐ 急診留觀費用：健保不給付之急診留觀費用。 ☐ 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【係指無健保身分者就醫時，醫療院所依健保支付標準所收取之費用(診察費、藥劑費、注射技術費、檢驗費、X光檢查、電腦斷層費、藥事服務費、護理費、開刀費、特材費等)】 總計金額： _____ 元				

檢附文件	必備文件	☐ 本申請書。 ☐ 須設籍本縣並檢附全戶戶籍謄本或戶口名簿。 以下擇一項勾選： ☐ 低收入戶正本。(其資格認定係依據社會救助法第 4 條規定) ☐ 中低收入戶正本。(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：中低收入老人證明、領有身心障礙者生活補助證明、清寒證明正本或符合本縣遊民收容輔導辦法者。	
	其他證明文件	依實際申請項目檢附 ☐ 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。 ☐ 其他	
病人或家屬簽名：		填表人：	單位主管：
以下由衛生局審查			
審查結果	☐ 同意補助，總計金額： 元。 ☐ 不同意，原因：		
承辦人員：		科室主管：	

備註：

- 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)。
- 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。
- 填寫資料若有更正處，請於塗改處加蓋填寫人印章。
- 當年度經費如已用罄，將不再受理相關申請補助。
- 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。
- 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 123。
- 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