

金門縣急重症病人空中轉送救護車費用補助申請表

當事人	當事人		身分證 字 號		電話	(家用):
	戶籍 地址					
	申請 人		簽章		與當事 人關係	
匯款郵局局號或 銀行帳號						
轉送 日期		搭乘救護 車起迄點	_____機場至_____醫院 _____醫院(機構)至_____機場			
轉送航空器： ☐ 軍機 C-130 ☐ 駐地機(空中勤務總隊) ☐ 民航機						
搭乘實際金額				補助金額依實際費用 最高補助不超過新台 幣三千元		
受天候、機務、空 中交通管制、航班 機械等不可抗因素 致航班延誤或取消				救護車費用增加每趟 次最高補助金額新臺 幣一萬二千八百元		
應 備 文 件	☐ 1. 救護車費用收據證明(二聯或三聯式統一發票)。 ☐ 2. 當事人金融機構存簿封面影本。 ☐ 3. 當事人身份證影本。(如申請人非當事人本人，應同時檢附申請人身份證明) ☐ 4. 檢附醫院出院或住宿式長照機構出院相關證明文件。(亡故者除外) ☐ 5. 當事人亡故，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 機構存簿封面影本。 ※以上文件需具備完整					
備 註	1. 申請人應於當事人出院日或亡故日起三個月內檢具相關文件至金門縣衛生局 或各鄉鎮衛生所申請，逾期不予受理。 2. 補助金額依實際使用救護車費用，每趟次最高補助金額不得超過新臺幣三千元 元。但受天候、機務、空中交通管制、航班機械等不可抗因素致航班延誤或取 消影響救護車費用增加者，每趟次最高補助金額新臺幣一萬二千八百元。					