

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/ 時間		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： <input type="checkbox"/> 軍機C-130 <input type="checkbox"/> 駐地機(空中勤務總隊) <input type="checkbox"/> 民航機				
受天候因素影響：				
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			
應 備 文 件	<input type="checkbox"/> 1. 救護車費用收據證明(二聯或三聯式 統一發票)。 <input type="checkbox"/> 2. 當事人金融機構存簿封面影本。 <input type="checkbox"/> 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影本) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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	<ol style="list-style-type: none">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台幣三千元。如受天候因素影響導致救護車費用超出，則不在此限，救護車等候費用得實報實銷。
----	---