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:

1.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)**。

2.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。

3.填寫資料若有更正處，請於塗改處加蓋填寫人印章。

4.當年度經費如已用罄，將不再受理相關申請補助。

5.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。

6.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。

7.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 |