

新竹市中低收入老人參加全民健康保險無力負擔醫療費用補助申請核定表

行政區：東區 北區 香山區

申請日期： 年 月 日

| | | | | | | | |
|---------|--|--------|----------|------|--------|---------|---------------|
| 申請人 | | 性別 | | 出生日期 | | 身分證字號 | |
| 住址 | | | | | | 電話 | |
| 代理人 | | 與申請人關係 | (非親屬填職稱) | | | 身分證字號 | |
| 申請人 | | 關係 | | | | 電話 | |
| 申請人資格 | <input type="checkbox"/> 1. 設籍並實際居住本市。 <input type="checkbox"/> 2. 符合中低收入老人 <input type="checkbox"/> 1-1.5倍、 <input type="checkbox"/> 1.5-2.5倍資格。 <input type="checkbox"/> 3. 參加全民健康保險最近三個月內自行負擔醫療費用累計達二萬元以上者。 | | | | | | |
| 檢附證件 | <input type="checkbox"/> 1. 最近三個月內全戶戶籍謄本正本乙份。 <input type="checkbox"/> 2. 最近三個月內醫療院所診斷證明書正本乙份。 <input type="checkbox"/> 3. 最近三個月內自付醫療費用收據正本及費用明細。 <input type="checkbox"/> 4. 全民健康保險 (IC) 卡影印本。 <input type="checkbox"/> 5. 具領人收據乙份。 <input type="checkbox"/> 6. 郵局或金融機構存摺影本。 <input type="checkbox"/> 7. 申請人因故無法親自具領補助款之委託書。 <input type="checkbox"/> 8. 如申請人死亡，法定繼承人有兩人以上時，應檢附共同委任切結書，由受任人具領。 | | | | | | |
| 切結書 | 申請人未獲其他單位醫療補助或保險給付，以上所述資料屬實。倘有隱瞞或不實本人願負偽造文書及冒領公款等法律責任。 此致 新竹市政府 <div style="text-align: right;"> 申領人 (簽章) </div> | | | | | | |
| 區公所初審 | 自行負擔醫療費用 | - | 不合補助金額 | = | 符合補助金額 | × | 補助比例 = 核定補助金額 |
| | | | | | | | |
| 區公所初審意見 | 承辦人 | | 課長 | | | 單位主管 | |
| 市政府審核結果 | 自行負擔醫療費用 | - | 不合補助金額 | = | 符合補助金額 | × | 補助比例 = 核定補助金額 |
| | | | | | | | |
| 核發金額 | 新台幣 萬 仟 佰 拾 元整 | | | | | 本年度累計金額 | 元 |
| 承辦人 | | 科長 | | | 單位主管 | | |

