

新竹市政府辦理特殊境遇家庭『傷病醫療補助』申請表

申請日期： 年 月 日

申請人姓名		年 齡		身 分 證 字 號
		出生年月日		
患 者 姓 名		年 齡		身 分 證 字 號
		出生年月日		
電 話	(家)	(手機)		
戶 籍 地 址				
通 訊 地 址				

補助對象：符合特殊境遇家庭扶助對象資格，並有下列情形之一者，

- 本人及六歲以上未滿十八歲之子女或孫子女參加全民健保，最近三個月內自行負擔醫療費用超過新台幣伍萬元，無力負擔且未獲其他補助或保險給付者
- 未滿六歲之子女或孫子女，參加全民健保無力負擔自行負擔醫療費用者。

申請金額：計新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整。

注意事項：

1. 本表應連同「特殊境遇家庭扶助申請調查表」及相關證明文件一同送審。
2. 但當年度曾領取特殊境遇家庭生活扶助任一項者，不需再附「特殊境遇家庭扶助申請調查表」但應附核定公函。
3. 申請傷病醫療補助，應於事實發生後三個月內提出申請。
4. 本府列冊之低收入戶，不得申請本項補助。
5. 應備資料：健保卡正、反面影本 醫療費用收據正本 醫療費用明細表 診斷證明書
相關證明文件

本人同意委請_____（關係：_____） _____），代為申請，若檢附文件資料 不齊全，同意由區公所代為查調，此致_____ _____區區公所 申請人簽章 <input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>	受任人簽章： <input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/> 與申請人關係： 電話：	區公所受理日期專用戳記
--	---	-------------

申請人： (簽名蓋章)

審核結果	初核	<input type="checkbox"/> 符合補助 <input type="checkbox"/> 不符合補助 調查員 承辦人 課 長 區長 (社工員) (社工督導)	複核	<input type="checkbox"/> 符合補助。核定金額： <input type="checkbox"/> 不符合補助 承辦人 科長 處長 市長

保管聯（區公所留存）（公所收到申請書後，請將下聯撕下交由申請人收執留存）

收執聯（申請人留存）

茲收到

先生/女士新竹市特殊境遇家庭傷病醫療補助

申請表乙份（本案申請日期應以文件備齊日為主）

區公所受理日期專用戳記