新竹市中低收入戶傷病醫療費用補助申請表

行政區：□東區　□北區　□香山區

申請日期：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>申請人</td><td></td><td>性別</td><td></td><td>出生
日期</td><td></td><td>身分證
字號</td><td></td></tr>
<tr><td>住址</td><td colspan="5"></td><td>電話</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">代理
申請人</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">與申請人
關係</td><td rowspan="2">(非親屬填職稱)</td><td rowspan="2"></td><td>身分證
字號</td><td></td></tr>
<tr><td>電話</td><td></td></tr>
<tr><td>申請人
資格</td><td colspan="7">□列冊低收入　□列冊中低收入　□家庭總收入平均未達當年度每人每月最低生活費 1.5 倍</td></tr>
<tr><td>檢附
證件</td><td colspan="7">□最近三個月內之全戶戶籍謄本
□診斷證明書（全民健保特約醫院或診所開據）
□自付醫療費用收據（含自費明細表）正本
□醫療費補助領款收據
□具領人郵局或金融存款帳戶封面影本
□低收/中低收入戶證明正本
□其他（　　）</td></tr>
<tr><td>區公所
初審</td><td>自行負擔
醫療費用</td><td>－</td><td>不合補助
金額</td><td>＝</td><td>符合補助
金額</td><td>×
符合補助
金額</td><td>補助比例</td><td>＝</td><td>核定補助
金額</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>區公所
初審意見</td><td>承辦人</td><td></td><td>課長</td><td colspan="2"></td><td>單位
主管</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>市政府
審核結果</td><td>自行負擔
醫療費用</td><td>－</td><td>不合補助
金額</td><td>＝</td><td>符合補助
金額</td><td>×
符合補助
金額</td><td>補助比例</td><td>＝</td><td>核定補助
金額</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>核發
金額</td><td colspan="5">新台幣　　萬　　仟　　佰　　拾　　元整</td><td>本年度
累計金額</td><td colspan="2">元</td></tr>
<tr><td>承辦人</td><td></td><td>科長</td><td colspan="2"></td><td>單位
主管</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>