

附表一

雲林縣醫療費用補助申請表

原住民： 是 否

申請日期： 年 月 日

申請人		性 別		身分證字號		電話									
		生 日		住 址											
代 理 申請人		與 申 請 人 關 係		身 分 證 字 號		電 話									
				住 址											
申 請 人 資 格	<input type="checkbox"/> 列冊低收入戶——款 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 最低生活費 1.5 倍以下且每人每 年動產限額 15 萬元及全戶不動 產限額 650 萬元			補 助 款 入 帳	局 號										
				郵 局 帳 號	帳 號										
住 院 日 期	自 年 月 日 起			申 請 人											
	至 年 月 日 止 計 日			代 理 人											
審核：(單位元)															
自行負擔醫療費用	不合補助金額	符合補助金額	符合補助金額	補助比例	核定補助金額										
	-	=	×	=											
鄉 (鎮、市) 公所初核簽章								縣府審核簽章							
承辦人 課長 鄉鎮市長								承辦人 科長 處長							

附表二（單位及個人）

收 據

茲向雲林縣政府領到

- 低收入戶
 中低收入戶
 最低生活費 1.5 倍以下且每人每年動產限額
15 萬元及全戶不動產限額 650 萬元

_____君

- 住院看護費用
 老人住院看護費用
 醫療費用補助

補助款新台幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整，

確實無訛。

此 致

雲林縣政府

具領單位/具領人：

（簽章）

立案字號：

統一編號/身分證字號：

負責人：

會計：

出納：

地址：

聯絡電話：

聯絡傳真：

中 華 民 國 年 月 日

【備註】具領人為個人者，僅需填寫「具領人」、「身分證字號」、「地址」及「聯絡電話」等欄位；具領為單位者，請詳填各欄位。

證 明 書

病患姓名_____於 年 月 日至 月 日因

疾病名稱_____在本
院接受治療，因病情需要而使用（施行）健保無給付自
費材料費、藥品費等項目，經專業評估後，該病情之治
療確已無其他健保給付項目可供替代，而必須使用（施
行）健保無給付之自費項目，醫師本於專業知識與訓
練，認定自費項目係用於本次醫療病卻有其醫療必要
性，非使用於與本病情無關之用途。

醫師：

（簽章）

中 華 民 國 年 月 日