

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 郵 局 帳 號	局 號													
				帳 號														
住院日期	自 年 月 日起 至 年 月 日止計 日			申 請 人 簽 章														
				代 理 人 簽 章														
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

- 老人住院看護費用
- 醫療費用補助

確實無訛。

此 致

雲林縣政府

章)

具領單位 / 具領人：

(簽

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。

附表三

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