

屏東縣醫療補助申請查定表

一、申請人資料：

申請日期： 年 月 日

1、患者姓名： 蓋章： 身份證字號：

2、戶籍地址： 屏東 縣市 鄉鎮市區 村里 鄰 路街 巷 弄 號 樓

3、通訊地址： 縣市 鄉鎮市區 村里 鄰 路街 巷 弄 號 樓

4、居住狀況： 1. 世居 否 年 月 日由 縣(市) 鄉(鎮市區)遷入
 2. 住屋：自有 租賃 借住

5、檢附文件：全戶戶籍謄本。 低收入戶證明。 全戶財產證明、稅賦證明。
全民健康保險特約醫院診所之自付費用收據正本、診斷證明書。 可供撥款存摺封面影本(勿提供專戶存摺)、領據。

6、申請人姓名： 蓋章 ，與患者關係：本人 係患者之

7、通訊地址： 縣市 鄉鎮市區 村里 鄰 路街 巷 弄 號 樓

8、戶內人口及經濟狀況：

序號	稱謂	姓名	性別	出生				健康				工作能力		所享社會保險	職業及平均每月收入			備註	每月收入		
				年	月	日	足齡	正常	疾病	殘障	職業	原因	職業		每月收入	無(原因)					
1	戶長																				
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					

二、審核：

1、於 年 月 日已列冊第 款低收入戶。

2、

最低生活費(元)	×	全案總人口(人)	×	補助標準(倍) 1.5 倍	=	補助標準金額 1.5 倍	=	家庭總收入
----------	---	----------	---	------------------	---	-----------------	---	-------

3、符合補助標準：第 款低收入戶，最低生活費未超過 1.5 倍

4、

自行負擔醫療費用(元)	-	不符合補助金額	=	符合補助金額(元)	×	符合補助金額(元)	×	補助比例	=	核定補助金額(元)
-------------	---	---------	---	-----------	---	-----------	---	------	---	-----------

5、不符合補助標準：全家月入超過最低生活費 1.5 倍
醫療費不符合補助規定

初 核 簽 章			審 核 簽 章		
承 辦 人	業 務 主 管	機 關 首 長	承 辦 人	科 長	處 長

註： 1. 申請人資料由申請人自填或受理單位(鄉鎮市區公所、救助機構)承辦人代填。
 2. 戶內人口及家庭經濟狀況、審核欄第一、二項，由鄉(鎮市區)公所或救濟機構(社工員)查填，審核單得依複查事實與已更正。
 3. 初核欄由鄉(鎮市區)公所或救濟機構，審核欄由縣(市)政府分別辦理。