『基督徒救世會急重症嬰幼兒醫療支持補助』申請表

申請日期:_____年_____月_____日　　收件編號:_____

病童姓名		性別	□男 □女	診斷		出生年月日	民國　年　月　日
住院日期	民國　年　月　日	出院日期	□未出院 民國　年　月　日			身分證字號	
經濟身份	□中低收入戶/卡號:			□低收入戶/卡號:			
主要照顧者姓名/稱謂		身分證字號				聯絡電話	
聯絡地址						手機號碼	
戶籍地址						Email	
本年度係第幾次申請	第　次	前(幾)次已補助(累計)金額 (如係第一次申請可免填寫)		元			
申請人指定帳戶	□銀行:　銀行　分行			□郵局:　分行			
	帳號:						

家庭所有成員狀況

稱謂	姓名	年齡	存/歿 健康狀況	就業、收入情形 或就讀學校年級	保險別 請填數字	稱謂	姓名	年齡	存/歿 健康狀況	就業、收入情形 或就讀學校年級	保險別 請填數字

保險別(可複選)	1.健保 2.勞保 3.國保 4.農保 5.漁保 6.公保 7.軍保 8.眷保 9.榮保 10.福保 11.商業保險 12.其他
家庭經濟狀況	全戶總人口數:_____人,工作人口數:_____人,就學人口數:_____人
全戶家庭收入	□無 □全戶每月工作平均總收入:_____元 □全戶利息收入_____元/年 □其他:_____
全戶家庭支出	□生活費_____元/月 □房貸_____元/月 □房租_____元/月 □學雜費_____元/學期 □醫療費_____元 □其他_____

已獲得補助項目(無則填0,如有其他資源請填機構名稱,尚在申請中填申請中)	就醫減免	醫院資源	_____(機構名稱)	_____(機構名稱)	_____(機構名稱)	自付額	合計
	_____元	_____元	_____元	_____元	_____元	_____元	_____元

檢附文件　□近三個月內全戶戶籍謄本(需有記事欄) □低收入戶或清寒證明□全戶最新年度國稅局所得資料及財產清單
□身心障礙手冊影本□重大傷病卡□診斷證明□醫療單據影本□其他:_____

I.　本人已詳閱相關辦法,同意提供個人資料、家庭成員概況並同意「基督徒救世會」與第三方查詢,供審核使用。

II.　通過審核者之補助款金額將列計當年度收入,並將依國稅局規定寄發扣繳憑單。

III. 本人明白有權對申請表與其附件行使以下權利:1.查詢或請求閱覽 2 自費請求製給複製本 3.請求補充或更正 4.請求停止蒐集、處理或利用 5.請求刪除本人個人資料。但若未完整提供個人資料將影響本人審核結果。

案主簽章:　　**(必填) 法定代理人:**　　**(與案主關係:　)**

年　月　日

家系圖：	社工評估：請敘述家庭背景、成員及主要經濟來源狀況

審核結果	□是，補助金額＿＿＿＿＿＿＿＿元。 □否，原因＿＿＿＿＿＿＿＿	審核人員

注意事項：

1. 如已接受其他機構補助者，請列出，如申請中，請填申請中及申請金額。
2. 本會醫療補助以住院醫療費用為限，最高金額每年新台幣三萬元整。
3. 申請醫療費用補助需檢附:申請表、最近一年全家所得證明(含動產、不動產)、全戶戶籍謄本、醫療費用收據影本、診斷書、其他證明如中低收、重大傷病卡、身心障礙證明等，無則免附。
4. 請填妥本表，連同相關申請文件一併寄至台北市基隆路一段 394 號 10 樓救世會社服部收，電話:02-2729-0265。