

110.12.10 版

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：										
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					E m a i l						
轉介醫院	名稱		住 址								
	轉 介 人 姓名/職稱		電 話		E m a i l						
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：										
家系圖：		社工評估：請敘述家庭背景、成員及主要經濟來源狀況									
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				自 付 額	合 計
			(機構名稱)	(機構名稱)	(機構名稱)		
	_____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：_____						
診 斷 (請填寫疾病中文全名)						主治醫師簽名欄 (請蓋職章並 加註日期)	
治 療 情 況 簡 述							
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. 本人明白有權對轉介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：_____) ※依個資法第九條「免告知義務」說明，若案主或法定代理人已於上方簽名，此處則可略過。 至今仍不知其法定代理人為何人或無法聯繫，為免損害案主接受補助審查權利，及促進社會公益，故未向其告知以上兩點事項。另為免影響審核結果，同意提供案主資料、家庭成員概況並同意「基督徒救世會」與第三方查詢，請各相關單位配合協助案主度過難關。 主管/承辦人：_____ 年 _____ 月 _____ 日							
轉 介 單 位 建 議	建 議 補 助 金 額 _____ 元		單 位 主 管 (請蓋職章並加註日期)		轉 介 人 員 (請蓋職章並加註日期)		
審 核 結 果	☐ 是，補助金額_____元。					審 核 人 員	
	☐ 否，原因_____						

注意事項：

1. 請詳列已接受其他機構補助之金額。如為申請中，請註明申請中及申請金額。
2. 本會醫療補助以住院醫療費用為主，最高補助金額以每位每年累計新台幣三萬元整為限。
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，或中低收入戶證明、重大傷病卡、身心障礙證明等。
4. 請填妥本表，連同相關申請文件一併寄至台北市信義區基隆路一段 394 號 10 樓基督徒救世會婦幼組收。
連絡電話:02-2729-0265。