

財團法人基督徒救世會社會福利事業基金會  
急重症嬰幼兒醫療補助 機構轉介表

112.04.27 版

個案編號： (本會填寫)

申請日期： 年 月 日			最近一次與個案會談日期： 年 月 日				
病童姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	診斷	出生年月日	年 月 日			
住院日期	民國 年 月 日	出院日期	<input type="checkbox"/> 未出院 民國 年 月 日	身分證字號			
福利身分	<input type="checkbox"/> 無(一般戶) <input type="checkbox"/> 低(中低)收入戶_____款 <input type="checkbox"/> 身心障礙_____度_____類 <input type="checkbox"/> 特殊境遇家庭_____款 <input type="checkbox"/> 弱勢兒少 <input type="checkbox"/> 其他(請描述)_____						
照顧者姓名稱謂	身分證字號		聯絡電話				
戶籍地址				手機			
通訊地址				E mail			
本年度第幾次申請	第_____次	累計補助金額(第一次申請可免填)			元		
匯款帳戶	<input type="checkbox"/> 銀行： 銀行 分行 <input type="checkbox"/> 郵局： 郵局 分行			帳號：			
全戶收入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 全戶每月工作平均總收入_____元 <input type="checkbox"/> 其他_____						
全戶支出	<input type="checkbox"/> 生活費_____元/月 <input type="checkbox"/> 房貸_____元/月 <input type="checkbox"/> 房租_____元/月 <input type="checkbox"/> 醫療費_____元 <input type="checkbox"/> 學雜費_____元/學期 <input type="checkbox"/> 其他_____						
已獲得補助額(無填0,如有其他資源填機構名稱,或填申請中)	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	<input type="checkbox"/> 近三個月內全戶戶籍謄本(須有記事欄) <input type="checkbox"/> 低(中低)收入戶或清寒證明 <input type="checkbox"/> 全戶最新年度國稅局所得資料及財產清單(如有低收或中低收證明者免付此項) <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊影本 <input type="checkbox"/> 重大傷病卡 <input type="checkbox"/> 診斷證明 <input type="checkbox"/> 醫療單據影本 <input type="checkbox"/> 其他：_____						
<p>一、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。</p> <p>二、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。</p> <p>三、本人明白有權對轉介申請表與其附件行使以下權利：</p> <p>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</p>							

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。  
 當事人簽章： (必填) 法定代理人： 與當事人關係：  
 ※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。  
 年 月 日

家庭概況	請敘述家庭背景、成員及主要經濟來源狀況 (表格不足，請黏貼或另附個摘表)		
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			
	建議補助金額_____元。		
轉介單位		聯絡 電話	
轉介人 姓名職稱	(核章)	轉介單位 主管	(核章)
審核結果 (由本會填寫)	<input type="checkbox"/> 是，補助金額_____元 <input type="checkbox"/> 否，原因_____		
審核人員		主管覆核	

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，最高補助金額以每名每年累計補助新台幣三萬元整為限。
3. 申請本補助須檢附申請表、近三個月內全戶戶籍謄本(須有記事欄)、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、醫療收據影本等證明文件。
4. 請填妥本表，連同相關申請文件寄至 235030 新北市中和區板南路 661 號 2 樓基督徒救世會婦幼組。連絡電話：(02)2729-0265。