

新北市政府衛生局

「原住民醫療或社會福利資源暨孕產婦產前檢查及生產交通費補助」申請表

衛生所收件日期： 年 月 日

壹、補助對象基本資料

- 1.姓名：_____ 2.身分證統一編號：_____
- 3.聯絡電話：_____ 4.現居地址：郵遞區號() _____

貳、申請人基本資料(同補助對象者，本項免填)

- 1.姓名：_____ 2.身分證統一編號：_____
- 3.聯絡電話：_____ 4.與補助對象之關係：_____

<input type="checkbox"/> 監護人 【檢附受監護之法院宣告證明文件 (如為未成年人案件，則檢附足 資證明法定代理身分之文件)】	<input type="checkbox"/> 最近親屬 【補助對象之 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母，檢附與補助對象 關係之身分證明文件】	<input type="checkbox"/> 代理人(受託人) 【須檢附委託書及身分證明文件】
---	--	--

參、應備文件：(請勾選，檢附之證明文件請依序裝訂於本申請書後面。)

應備文件	<input type="checkbox"/> 補助對象及申請人之身分證正反面影本。	
	<input type="checkbox"/> 居住地與戶籍所在地不同者，檢具居住地村(里)長開立之居住事實證明。	
	<input type="checkbox"/> 全民健康保險特約醫療機構之當次就醫、產前檢查、生產繳費收據。	
	<input type="checkbox"/> 長照交通費者，當次入住住宿式長照機構之繳費收據。	
	<input type="checkbox"/> 匯款帳戶之金融機構存摺封面影本。	
	<input type="checkbox"/> 領款收據。	
	就醫交通費	<input type="checkbox"/> 轉診就醫者，需另附 <input type="checkbox"/> 居住地醫療機構開立之全民健康保險轉診單。 或 <input type="checkbox"/> 衛生所之共用醫療資訊系統(HIS)或健保署電子轉診平台所查詢之轉診紀錄。
		<input type="checkbox"/> 慢性疾病轉診就醫者，需另附 <input type="checkbox"/> 當年度因同一疾病初次轉診就醫時，居住地醫療機構開立之轉診單。
		<input type="checkbox"/> 視同轉診就醫者，需另附 <input type="checkbox"/> 首次就醫開立之診斷證明書。 <input type="checkbox"/> 預防保健檢驗結果異常單。
		<input type="checkbox"/> 重大傷病就醫者，需另附 <input type="checkbox"/> 全民健康保險重大傷病證明。 或 <input type="checkbox"/> 衛生所之共用醫療資訊系統(HIS)查詢重大傷病證明之註記。
		<input type="checkbox"/> 緊急傷病就醫者
		<input type="checkbox"/> 緊急傷病回診追蹤就醫者，需另附 <input type="checkbox"/> 該次緊急傷病就醫醫療機構門診預約單。
		<input type="checkbox"/> 普通傷病就醫者(指居住地至最近醫療機構符合可補助之距離)
<input type="checkbox"/> 原住民孕婦產前檢查及生產者，需另附 <input type="checkbox"/> 孕婦健康手冊，包括歷次產前檢查紀錄。		
<input type="checkbox"/> 非原住民孕婦產前檢查及生產者，需另附 <input type="checkbox"/> 孕婦健康手冊，包括歷次產前檢查紀錄。		

注意事項	1.填寫資料若有塗改，請於塗改處加蓋申請人印章。 2.本申請資料由新北市烏來區衛生所初審後，轉送新北市政府衛生局複審，經衛生局核定後始予補助。 3.本項補助費用一律採匯款方式辦理，核定金額將匯入申請人提供之指定帳戶(存摺影本)。 4.依法申請本項交通費補助者，若與其他法令規定申請相同性質之補助者，僅得擇一補助。 5.違反前項規定重複領取、以詐術或其他不正當方法申請或領取交通費補助者，本局將不予補助、視情節撤銷或廢止補助。
------	--

聲明事項	本人已閱讀並了解本申請表各節，保證上述所填各項資料及所附文件均為真實，並知悉提供不實資料及違反相關法令之後果，若有可歸責於己之事由，除繳回所領金額外，並自負一切法律責任。 本申請之交通補助款項若經衛生局審核通過並核撥至本人指定之帳戶內，日後若有任何具領爭議，本人願負法律上完全責任。 <div style="text-align: right;">申請人簽章:</div>
------	--

肆、審核結果

1. 衛生所初審結果

(1) 符合補助

(2) 不符合補助原因：

承辦人員：

日期： 年 月 日

◆ 申請補助項目及費用：

項目	距離 (醫療機構或長照機構 與居所之距離)	金額 (單位：新臺幣)	初審補助金額 (衛生所填寫)	核定補助金額 (衛生局填寫)
轉診就醫 (含慢性病轉診就醫 及視同轉診就醫)	20公里以上未滿40公里	600元/次		
	40公里以上	1,000元/次		
重大傷病就醫	20公里以上未滿40公里	600元/次		
	40公里以上	1,000元/次		
緊急傷病就醫 (緊急傷病回診追蹤 就醫)	20公里以上未滿40公里	600元/次		
	40公里以上	1,000元/次		
普通傷病就醫	20公里以上未滿40公里	600元/次		
	40公里以上	1,000元/次		
入住住宿式 長照機構	20公里以上未滿40公里	800元/次		
	40公里以上	1,600元/次		
孕產婦產前檢查 及生產	5公里以上未滿20公里	200元/次		
	20公里以上未滿40公里	600元/次		
	40公里以上	1,000元/次		
總計				

2. 衛生局核定結果

(1) 符合補助

(2) 不符合補助原因：

承辦人	股長	技正	科長
-----	----	----	----