

臺北市市民醫療補助申請表

114 年 3 月 1 日修正

病 患 資 料	姓 名		生 日	民國 年 月 日	身 分 別： <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 經社會局予以保護、安置 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般市民(需審查財稅)	
	身分證字號		電話/手機			
	戶籍地址	縣市 鄉鎮市區 路(街) 段 巷 弄 號 樓				
	公文送達處	<input type="checkbox"/> 同 戶 籍 地 址 (代收者姓名_____) <input type="checkbox"/> 其他公文送達處 (代收者姓名_____) 縣市 鄉鎮市區 路(街) 段 巷 弄 號 樓				
領 款 人 資 料	<input type="checkbox"/> 同病患 (以下僅需填寫撥款帳戶)					
	姓 名		身分證字號		電話/手機	
	與病患關係		撥款帳戶	<input type="checkbox"/> 銀行帳號: <input type="checkbox"/> 郵局帳號:		
申 請 文 件 (已 備 請 打 勾)	1. 共同應備文件： <input type="checkbox"/> 臺北市市民醫療補助申請表。 <input type="checkbox"/> 醫療診斷證明書：應載明入院、出院日期。 <input type="checkbox"/> 最近 6 個月內醫療費用收據正本 (不可提供副本收據、影本收據、蓋茲與正本相符收據，未符合將駁回申請)。 <input type="checkbox"/> 病患指定帳戶之存摺封面影本 (請勿提供救助專戶存摺)。 2. 其他證明文件： <input type="checkbox"/> 自費項目明細(若就醫期間使用自費藥品材料，須向醫院申請自費項目明細，並請主治醫師說明無法使用健保藥品材料之原因及必須使用該自費藥品材料其積極治療之必要性證明)。 <input type="checkbox"/> 無健保病房證明 (若就醫期間醫療院所無全民健保病床且須接受住院治療者，須向醫院開立證明)。 3. 依身分別應備文件： <input type="checkbox"/> 低收入戶或中低收入戶相關證明影本。 <input type="checkbox"/> 一般市民家庭人口內若為 16 歲以上在學學生，請附學生證加蓋註冊章影本或其他在學證明文件。 <input type="checkbox"/> 一般市民請備各類所得及財產資料，並填寫家庭人口資料(<input type="checkbox"/> 申請者本人同意並授權審查人員查調本人、配偶及一親等之直系血親最近一年度財稅、戶籍等資料)。					
一 般 市 民 應 填 直 系 血 親 資 料	1. 病患之父親(養父) <input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿；母親(養母) <input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿。 2. 病患之婚姻關係 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 2. 病患之兒子(養子)_____名，女兒(養女)_____名 (含已出嫁之女兒或不同戶籍之子女) 3. 同戶籍內之外孫子女共_____名，祖父或外祖父_____人，祖母或外祖母_____人。 本表所稱家庭應計算人口，係指：1. 配偶、2. 一親等之直系血親、3. 同一戶籍或共同生活之其他直系血親、4. 綜合所得稅扶養親屬免稅額之納稅義務人：					
	稱謂(與病患關係)	姓 名	身 分 證 字 號(居 留 證 號)		出 生 年 月 日	
補 助 範 圍 及 額 度	1 臺北市市民醫療補助之補助範圍，為因傷、病就醫所生全民健保之部分負擔醫療費用或健康保險給付未涵蓋之醫療費用。前項醫療費用不含義肢、義眼、義齒、配鏡、鑲牙、整容、整形、病人運輸、指定醫師、特別護士、指定藥品材料費、掛號費、疾病預防及非因疾病而施行預防之手術、節育結紮、住院期間之看護費、指定病房費及其他與醫療無直接相關之項目。 2. 低收入戶及安置個案補助近 6 個月內醫療費用總額扣除不補助項目後，全額補助。中低收入戶及一般市民補助近 6 個月內醫療費用總額扣除 2 萬元及不補助項目後，補助餘額 80%，每人每年度最高補助總額以 30 萬元為限。					
檢 核 事 項 確 認	1. 申請人保證本表單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，除繳回所領金額並自負一切法律責任。 申請人(病患)簽章： _____					
	2. 本申請之醫療補助款項若經社會局審核通過並核撥至病患(或領款人)帳戶內，日後若有任何具領爭議，病患(或領款人)願負法律上完全責任。 領款人簽章： _____ 填表日期： 年 月 日					
委 託 申 請	委託人(即申請人)：_____【簽章】茲已瞭解並將有關申請本市市民醫療補助相關事宜，委託(授權)受委託人：_____【簽章】(關係：_____)代為申請，如有糾紛，概由委託人與受委託人自行議處；如有因虛報不實而查獲者，雙方並負相關法律責任。 中華民國 年 月 日					

※ 承辦單位:臺北市府社會局社會救助科(地址:臺北市信義區市府路1號1樓東北區、電話:02-27208889 轉 2323、傳真:02-27597770)。