

### 臺北市弱勢兒童及少年醫療補助申請表

兒童或少年(資者)料 本 資 者 料	病患姓名		性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	出生年月日	民國	年	月	日		
	身分證字號		電話	手機：_____	市話：_____						
	戶籍地	臺北市	區	里	鄰	路(街)	段	巷	弄	號	樓
	住居所	縣市	鄉鎮市區	路(街)	段	巷	弄	號	樓		
	公文寄送地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地 <input type="checkbox"/> 同住居所 <input type="checkbox"/> 其他： 縣市 鄉鎮市區		路(街)	段	巷	弄	號	樓		
	身分	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 其他身分							是否具原住民身分	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否具單親身分
申請項目	1. <input type="checkbox"/> 依全民健康保險法規定應自行負擔之住院費用。 2. <input type="checkbox"/> 妊娠期間所生必要檢查及醫療費用。 3. <input type="checkbox"/> 為確認身分所作之親子血緣鑑定費用。 4. <input type="checkbox"/> 兒童及少年保護個案所需健康檢查費、醫療費或接種疫苗費。 5. <input type="checkbox"/> 其他特殊、重大或急迫性醫療事件。 6. <input type="checkbox"/> 6歲以上未滿18歲兒少之發展遲緩療育訓練費用。										
就醫之醫療院所名稱					醫療費用	元					
本年度係第幾次申請	第	次	前(幾)次已補助(累計)金額			元					
			(如係第一次申請可免填寫)								
申請基本資料 人	<input type="checkbox"/> 同兒童或少年基本資料(如勾選本項,以下申請人基本資料可免填)										
	姓名			與兒少關係	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 家屬 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____			電話	日： _____ 夜： _____ 手機： _____		
	身分證字號										
申請指定帳戶 人	<input type="checkbox"/> 銀行： 銀行 分行				<input type="checkbox"/> 郵局： 分行						
	帳號： _____										
(已)申請者 應備 自請 文我 打檢 查勾 , )	※必填 1. <input type="checkbox"/> 申請表。 2. <input type="checkbox"/> 醫療診斷證明書： <input type="checkbox"/> 應載明入院、出院日期並請詳參背面填表須知 3. (申請項目為第1-5點者請勾選)。 <input type="checkbox"/> 應載明有發展遲緩現象或有持續復健療育需求(申請項目為第6點者請勾選)。 3. <input type="checkbox"/> 最近6個月內醫療費用收據正本(6個月以上者恕不受理)。 4. <input type="checkbox"/> 申請人指定帳戶之存摺封面影本。										
	※選填 1. <input type="checkbox"/> 低收入戶證明影本。 2. <input type="checkbox"/> 中低收入戶證明影本。 3. <input type="checkbox"/> 衛生福利部公告之罕見疾病或全民健康保險認定重大傷病證明影本。 4. <input type="checkbox"/> 近一年度所得及財產資料。(低收入戶、中低收入戶、領取本市弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助、申請6歲以上未滿18歲發展遲緩療育訓練之罕見疾病或重大傷病兒少免附) 5. <input type="checkbox"/> 醫療院所親子鑑定證明文件影本。(申請「確認身分所作之親子血緣鑑定費用」應備文件)										
本(申請)人保證上述所填各項資料及所附文件均為真實,且同意配合社會局或相關單位之家庭訪視評估,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。 本申請之醫療補助款項若經社會局審核通過並核撥至本人帳戶內,日後若有任何具領爭議,本(申請)人願負法律上完全責任。另,本人並 <input type="checkbox"/> 同意 將本人戶內資料提供相關單位作學術研究或非營利目的之使用。 <input type="checkbox"/> 不同意											
申請人簽章： _____ (簽章) 申請時間： _____ 年 _____ 月 _____ 日											

★請填妥本表,連同相關申請文件,一併寄至臺北市府社會局兒童及少年福利科★

地址：11008 臺北市信義區市府路1號西南區8樓,電話：1999(外縣市 02-27208889)轉 6972-6974

**※ 填表須知：**

1. 本(醫療)補助得由本人申請並具領補助，如本人因故無法申請時得由其父母、監護人或具有行為能力之同戶親屬、法定扶養義務人代為申請並具領補助。申請住院期間看護費補助者，請改填「臺北市弱勢兒童及少年醫療補助—住院期間看護費補助申請表暨看護服務證明書」。
2. 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、伙(膳)食費、衛生用品費及其他與醫療無直接相關之項目，不予補助。
3. 經社會局審核後，得酌予補助項目：藥品及材料費(須請主治醫師證明不使用健保藥品、材料之原因及使用該自費藥品、材料其積極治療之必要性，送本局評估辦理。)、病房費(如因就醫期間醫療院(所)無全民健保病床且須接受住院治療者，請檢附「無健保病房證明」；如係其他因素，請於醫療診斷證明書註明經醫師診斷證明之特殊原因，送本局評估辦理。)