臺北市政府衛生局兒童醫療補助退費申請表

113 年 01 月修訂

兒童基本資料	姓　　名			
	身分證字號		出生年月日	民國　　年　　月　　日
	補助別	□ 第一類（戶籍設籍滿兩年）□ 第二類（重大傷病、罕見疾病、低收入戶及極低體重兒） □ 第三類（第三胎(含)以上兒童）		
	戶籍地	區　　里　　鄰　　路(街)　段　　巷　　弄　　號　　樓		
	通訊地	□同戶籍地 區　　里　　鄰　　路(街)　段　　巷　　弄　　號　　樓		
就醫資料	院所名稱 (多筆免填)			
	類別 (多筆免填)	□門診：民國　　年　　月　　日 □急診：民國　　年　　月　　日 □住院：民國　　年　　月　　日～　　年　　月　　日		
申請人	姓　　名		與兒童關係	
	身分證字號		手　　機	
應備文件（已檢附請打勾）	□1.申請表一式兩份。 □2.領據一份（由申請人簽名）。 □3.兒童身分證明文件： □健保 IC 卡影本。 □4.申請人之金融機構存摺封面影本。 □5.就醫事實發生後一年內（含）之醫療費用收據正本或影本。 （收據影本應由原醫療機構加蓋印信證明與原本相符；超過一年者恕不受理）。 □6.戶籍謄本或戶口名簿正本及影本（足以證明符合補助對象之條件）(正本驗後歸還)。 □7.委託書(親自辦理免附)。委託書上需註明委託期間及委託事項。			
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。 本申請之醫療補助款項若經衛生局審核通過並核撥至本人帳戶內，日後若有任何具領爭議，本人願負法律上完全責任。 **法定代理人/監護人簽名父/母：**＿＿＿＿＿＿ 申請時間：＿＿年＿＿月＿＿日			
注意事項	※注意申請表一式二份，第一聯(粉紅色)請領補助款；第二聯(白色) 衛生局留存。 1.醫療補助應由法定代理人或監護人申請並具領補助。 2.自付額（限第二類申請）：係屬健保不給付醫療費用，補助每人每日以 1,000 元為上限，全年以 14,000 元為上限。 3.醫療補助款項經衛生局審核通過後於 1 個月內核撥至本人帳戶，將不另行函文通知。 4.收件單位：臺北市任一區健康服務中心 5.承辦單位：臺北市政府衛生局長照管理科（地址：110 臺北市信義區市府路 1 號 2 樓西南區） 電話：1999 轉 7084 傳真：8780-1794			