

# 新竹市中低收入戶傷病醫療費用補助申請表

行政區：東區 北區 '香山區

申請日期： 年 月 日

申請人		性別		出生日期		身分證字號	
住址						電話	
代理人		與申請人關係	(非親屬填職稱)			身分證字號	
申請人		關係				電話	
申請人資格	<input type="checkbox"/> 列冊低收入 <input type="checkbox"/> 列冊中低收入 1.5 倍						
檢附證件	<input type="checkbox"/> 申請人/代理人身分證或最近三個月內戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 診斷證明書 (全民健保特約醫院或診所開據) <input type="checkbox"/> 自付醫療費用收據 (含明細表) <input type="checkbox"/> 醫療費補助領款收據 (補助金額由市府核定後填寫) <input type="checkbox"/> 具領人郵局或金融存款帳戶封面影本 <input type="checkbox"/> 低收/中低收入戶證明正本 <input type="checkbox"/> 其他 ( )						
區公所初審	自行負擔醫療費用	-	不合補助金額	=	符合補助金額	符合補助金額	× 補助比例 = 核定補助金額
區公所初審意見	承辦人				課長		單位主管
市政府審核結果	自行負擔醫療費用	-	不合補助金額	=	符合補助金額	符合補助金額	× 補助比例 = 核定補助金額
核發金額	新台幣 萬 仟 佰 拾 元整					本年度累計金額	元
承辦人		科長			單位主管		