

109 年度公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫申請書

姓 名		性 別		申 請 日 期	年 月 日
身 分 證 字 號				出 生 日 期	年 月 日
戶 籍 地 址					
通 訊 地 址					
聯 絡 電 話	(住家)			(手機)	
申請資格	檢附文件(正本)				
<input type="checkbox"/> 低收入戶	<input type="checkbox"/> 低收入戶證明				
<input type="checkbox"/> 中低收入戶	<input type="checkbox"/> 中低收入戶證明				
<input type="checkbox"/> 領有身心障礙生活補助	<input type="checkbox"/> 領有身心障礙生活補助證明				
<input type="checkbox"/> 家庭實際總收入平均每人每月未超過中央主管機關當年公布最低生活費標準 2.5 倍及全戶不動產低於 650 萬元者	<input type="checkbox"/> 全國財產稅總歸戶財產查詢清單 <input type="checkbox"/> 上年度綜合所得稅各類所得資料清單				
必 檢 附 文 件	<input type="checkbox"/> 戶籍謄本或戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 健保卡影本				
補 助 項 目	<input type="checkbox"/> 健保欠費 <input type="checkbox"/> 健保部分負擔 <input type="checkbox"/> 掛號費 <input type="checkbox"/> 住院膳食費 <input type="checkbox"/> 救護車費用				
協 助 單 位					
聯 絡 人				連 絡 人 電 話	
審 查 結 果	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過，原因_____				
承辦人員初審：				科室主管複審：	