

114 年度公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫申請書

姓名(簽章)		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					
居住地址					
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"/> 中低收入老人	<input type="checkbox"/> 中低收入老人生活津貼證明				
<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"/> 個人每月實際總收入未超過中央主管機關當年公布最低生活費標準 2.5 倍及不動產低於 650 萬元者	<input type="checkbox"/> 個人全國財產稅總歸戶財產查詢清單 <input type="checkbox"/> 個人上年度綜合所得稅各類所得資料清單				
必檢附文件	<input type="checkbox"/> 戶籍謄本正本或戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 健保卡影本				
補助項目	健保欠費 / 健保部分負擔 / 掛號費 / 住院膳食費 / 救護車費用				
協助單位					
聯絡人(簽章)				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：	