

臺南市公益彩券回饋金弱勢精神病人交通補助費用申請表

(107.01.23 修訂)

申請日期：____年____月____日

申請人姓名		蓋章		身分證字號	
出生年月日	____年____月____日			性別	☐ 男 ☐ 女
申請人戶籍地	臺南市____區____里____鄰____路(街)____段____巷____弄____號____樓之____				
申請人居住地	☐ 同上 ☐ 臺南市____區____里____鄰____路(街)____段____巷____弄____號____樓之____				
聯絡電話	市話：_____ 手機：_____		申請費用 類別	☐ 交通補助費	
填表人姓名 (受託人)		蓋章		與申請人 關係	☐ 本人 ☐ 其他_____
身分證字號				連絡電話	
檢附文件證明	☐ 1. 申請表(如有塗改, 請於塗改處加蓋印章)。 ☐ 2. 申請人/受託人身分證正反面影本(影本需核與正本相符章)。 ☐ 3. 郵局或銀行存簿封面影本(影本需核與正本相符章)。 ☐ 4. 乘車收據 <u>正本</u> (搭乘高鐵、復康巴士、長照 2.0 之交通接送服務或計程車需檢附)。 ☐ 5. 就醫證明(如: 看診收據)影本(影本需核與正本相符章)。 ☐ 6. 切結書及代理申請委託書(受託代為申請者須填寫)。 ☐ 7. 領款收據: 須填妥初審金額(衛生所填寫)及申請人之詳細資料及核章完整。				
初審結果 (衛生所/局)	☐ 資料符合。 ☐ 資料缺件, 說明: _____, 請於 1 週內補件後再行申請。 ☐ 申請對象不符合資格。				
	初審人員核章				
複審結果 (衛生局)	☐ 符合 ☐ 不符合(原因: _____)日期: _____				
	複審人員核章				
注意事項	1. 請填妥申請表, 連同相關申請文件一併寄至臺南市各區衛生所。 承辦人電話: 顏小姐, 06-2679751 轉 378。 2. 本補助費用一律採匯款方式給予申請人, 其手續費由申請人自行負擔。				

107 年臺南市弱勢精神病人就醫交通費用補助計畫

交通補助費用明細表

申請人姓名		出生 年月日	年 月 日
身分證字號			
聯絡電話	(市內電話) (手機)		

■補助醫療項目：居住地至就醫之醫療院所間交通費用。

■補助金額：每人每年最高補助合計為新臺幣2,000元上限

衛 生 所 / 局 初 審 結 果 *不同日期，請分格填寫*				衛 生 局 複 審 結 果			
就診日期/期間 (年/月/日)	就診醫療院所名稱 (例如：成大、嘉療...)	申請交通補助項目 (例如：公車、火車...)	申請金額 (新臺幣)	就診日期 (年/月/日)	就診醫療院所名稱	核定補助金額	備註
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
/ /				/ /			
合 計				合 計			
				核定補助金額			
初 審 單 位 核 章				複 審 單 位 核 章			
承 辦 人		單 位 主 管		承 辦 人		單 位 主 管	

身分證、乘車票根及郵局或銀行存簿黏貼表

浮貼處	浮貼處
【申請人（病患）身分證影本正面】 （影本需核與正本相符章）	【申請人（病患）身分證影本背面】 （影本需核與正本相符章）
浮貼處	浮貼處
【受託人身分證影本正面】 （影本需核與正本相符章）	【受託人身分證影本背面】 （影本需核與正本相符章）
浮貼處	
【存摺儲金封面影本】 非病患本人，須另填寫切結書 （影本需核與正本相符章）	

乘車票根或收據正本黏貼表 (請依序黏貼)

乘車票根或收據第一張浮貼處	乘車票根或收據第二張浮貼處	乘車票根或收據第三張浮貼處	乘車票根或收據第四張浮貼處	乘車票根或收據第五張浮貼處	【當年度(107年)車票、乘車證明或收據正本】 <u>(搭乘高鐵、復康巴士、長照 2.0 之交通接送服務 或計程車需檢附)</u>
---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	--

醫院之精神科(身心科)門診收據影本黏貼表 (請依序黏貼)

門診收據收據第一張浮貼處	門診收據收據第二張浮貼處	門診收據收據第三張浮貼處	門診收據收據第四張浮貼處	門診收據收據第五張浮貼處	【醫院之精神科(身心科)門診收據影本】 (就診日需與搭乘日需為同一日) (影本需核與正本相符章)
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	---

1. 身分證影本 2. 存簿影本 3. 醫院之精神科(身心科)門診收據影本，經初審單位審核與正本無誤後，再蓋『與正本相符』章。

臺南市弱勢精神病人就醫交通費用補助

切 結 書

(非申請人本人存簿須填寫)

申請人_____申請「107 年度臺南市公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫」就醫交通費用補助，因故無法使用本人之金融帳戶，准予補助金匯入下列關係人(限定為配偶或四親等內親屬或醫院)之帳戶，特立切結書以茲證明，如有不實，願負一切法律責任，繳回所有補助金而無異議。如受補助後，尚有未結清其餘款項，本人願意償付餘額。

■ 銀 行 名 稱：_____

■ 戶 名：_____

■ 身分證字號：_____ 帳號：_____

此致

臺南市政府衛生局

申請人(病患)姓名：_____

身分證字號：_____

聯絡電話：_____

地址：臺南市 _____ 區 _____ 里 _____ 鄰 _____ 路 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號

中 華 民 國 107 年 _____ 月 _____ 日

代理申請委託(授權)書

(受託人申請須填寫)

本人茲因 ☐欠費 ☐生病或行動不便 ☐工作/上學 ☐不識字 ☐其他_____，無法親自辦理本項補助申請，特委託_____ (受託人)辦理申請，並檢具委託書及相關證件影本。

與申請人關係：_____

申 請 人(病患) 簽 名：_____ 蓋 章：_____

受託人簽名：_____ 蓋 章：_____

中 華 民 國 107 年 _____ 月 _____ 日

領 款 領 據

茲向臺南市政府衛生局申請公益彩券回饋金就醫交通補助費
(初審金額)計新臺幣_____萬_____千_____百_____拾_____元
整，經實際審核後核定金額為新臺幣_____萬_____千_____百
_____拾_____元整，已如數領訖，所送各項憑證若經查核有不
符規定情事，本人願負一切法律責任並自願退還所領取之補助費，
絕無異議。

此 致

臺南市政府衛生局

(填寫申請人資料及核章)

申請人姓名：

(簽名或核章)

身分證號碼：

住 址：

電 話：

(填寫受託人資料及核章)

受託人姓名：

(簽名或核章)

身分證號碼：

住 址：

電 話：

中 華 民 國 107 年 月 日