臺中市___區特殊境遇婦女暨子女傷病醫療補助申請表

壹、基本資料　　申請日期：　年　月　日

一、申請人姓名：　　簽章　　性別：□男　□女　受補助者姓名：

出生年月日：　年　月　日　身分證字號：□□□□□□□□□□

戶籍地址：　區　里　鄰　路（街）　段　巷弄　號　樓　室

通訊地址：_____電話：

二、扶助對象：□1.本人及六歲以上未滿十八歲之子女參加全民健保，最近三個月內自行負擔醫療費用超過新臺幣五萬元，無力負擔且未獲其他補助或保險給付者。

□2.未滿六歲之子女，參加全民健保，無力負擔自行負擔之費用者。

（第二點請依台中市政府低收入戶暨弱勢兒童及少年醫療補助執行計畫辦理）

貳、檢附證明文件【應於傷病發生後三個月內提出申請】

一、檢附：□1.符合特殊境遇婦女証明書　□2.健保卡正、反面影本　□3.診斷書證明書

□4.三個月內戶籍謄本　□5.醫療費用收據正本

□6.其他（　　）

二、全民健康保險費規定應自行負擔之費用

（自行負擔之醫療費用　　元－不含補助金額　　元）＝申請補助金額（　　元）

參、區公所審核	肆、市政府審核
一、□符合補助項目	**一、□符合補助**
二、不符合補助標準	**二、不符合補助標準**
□不符補助對象	□不符補助對象
□不符補助項目	□不符補助項目
□資料不全	□資料不全
□其他	□其他
承辦人　課長　區長	承辦人　課長　處長