

副本醫療收據黏貼(浮貼)

附件 1

核與正本相符合(簽章)



身分證件資料黏貼處

| | |
|----|----|
| 正面 | 反面 |
|----|----|

核與正本相符合(簽章)

附件 3

111 年雲林縣 C 型肝炎醫療交通費補助金額領據

| | | | | |
|--|----|-------------------------|-------|-----|
| 申請人 基本資 料 | 姓名 | 身分證統一編號/外籍統 一證號或護照號碼 | 出生日期 | 電話 |
| | | | 年 月 日 | 手機: |
| 就診機構: | | | | |
| 此致 3523 台北市西南區扶輪社 Grant Number GG2092470 | | | | |
| 申請補助金額：新台幣 元整。 | | | | |
| 領款人: (簽章) | | | | |
| 申請日期:中華民國 年 月 日 | | | | |

Rotary
District 3523



SERVE TO
CHANGE LIVES
以服務改善人生



雲林縣C型肝炎治療個案 交通補助計畫

計畫對象

針對C肝抗體陽性且有C肝病毒個案需治療者。(限雲林縣民)

經費補助

交通費補助金額，依就醫醫療機構，與補助對象居住地之距離計算；因補助經費有限，用罄為止。如下表

C型肝炎醫療資源交通費補助基準

| | |
|--------------|---------|
| 5公里以上未滿20公里 | 300元/次 |
| 20公里以上未滿40公里 | 600元/次 |
| 40公里以上 | 1000元/次 |



*說明：每人申請3次為上限

註：1. 距離，指醫療機構與申請人居住地之距離。
2. 參考衛生福利部「原住民醫療或社會福利資源使用交通費補助基準」。

補助檢附資料

- (一) 全民健康保險特約醫療機構之當次就醫繳費收據。
- (二) 個案持三個月內的就醫收據、身分證正反面影本至當地衛生所。
- (三) 相關疑義，請洽本局保健科林小姐，電話：05-7001327



經費來自台北市西南區扶輪社贊助
雲林縣政府 雲林縣衛生局關心您

廣告