

雲林縣_____衛生所_____癌症篩檢疑似異常個案補助經費請撥申請書

申請人基本資料	姓名	身分證統一編號	出生日期	電話
			年 月 日	住宅： 手機：
	就診機構：		戶籍地：	

經本所審核結果：

申請補助金額：新臺幣 零 萬 仟 佰 拾 元整(大寫)。

同意核撥金額：新臺幣 零 萬 仟 佰 拾 元整(大寫)。

承辦：

主計：

主任：

領 據

茲領到 年 月份癌症篩檢疑似異常補助款
共新臺幣 零 萬 仟 佰 拾 元整(大寫)
此致 雲林縣衛生局
匯款戶名：
郵局或銀行名稱： (分行)
局/帳號：
領款人： 簽名(簽章)

蓋章

申請日期：中華民國 年 月 日
(本經費申請將於撥付時內扣新臺幣 30 元匯款手續費。)

委 託 書

(申請癌症篩檢疑似異常補助)

本人_____，因_____ (請詳明原因)無法親自申請

☐大腸鏡檢查補助

☐確立診斷補助

☐交通補助

故委託 _____ (關係：_____) 代為申請

委託人：

【簽章】



身分證號碼：

地址：

連絡電話：

受託人：

【簽章】



身分證號碼：

地址：

連絡電話：

中 華 民 國 年 月 日

受託人身分證件黏貼處：

(正面)

(反面)

核與正本相符

印章



雲林縣衛生局「癌症篩檢疑似異常補助計畫」資料黏貼聯

申請項目：（請勾選）

☐大腸 ☐乳房 ☐口腔 ☐子宮頸 ☐肺 ☐胃

☐大腸鏡檢查補助

☐確立診斷補助

☐交通補助

身分證件資料黏貼處（正面）

身分證件資料黏貼處（反面）

核與正本相符

印章

雲林縣衛生局「癌症篩檢疑似異常補助計畫」資料黏貼聯

篩檢疑似異常報告書

(糞便潛血、口腔黏膜、子宮頸抹片、幽門糞便抗原、乳房攝影、胸部低劑量電腦斷層)

如檢驗院所未提供，請向當地衛生所申請協助

核與正本相符

(若為正本則無需蓋章)

印章

雲林縣衛生局「癌症篩檢疑似異常補助計畫」資料黏貼聯

就醫收據或相關文件黏貼處

大腸鏡：

若施做大腸鏡期間另有單項金額逾新臺幣 1,000 元之自費項目，應檢附足資證明之相關文件。例如：清腸藥物應提供藥單、藥袋或用藥紀錄；麻醉費及材料費如未於收據明確載明，應另檢附自費同意書或費用明細。

核與正本相符

(若為正本則無需蓋章)

印章

雲林縣衛生局「癌症篩檢疑似異常補助計畫」資料黏貼聯

存摺影本黏貼處

若非本人存摺請填妥委託書(附件 2)

核與正本相符

印章