

雲林縣政府性侵害被害人補助-醫療補助申請表

申請日期： 年 月 日

申請人			蓋章		代理人 姓 名			蓋章	
年 齡	歲	出 生 年 月 日	年 月 日		年 齡	歲	與之關係 申請人		
身 分 證 字 號			電 話 手 機		身 分 證 字 號			電 話 手 機	
住 址					住 址				
對 象 補 助	本辦法所稱之性侵害被害人，為性侵害犯罪防治法第二條第一項犯罪被害人，並符合下列資格之一者：一、設籍本縣。二、實際居住本縣之非本國籍人士。								
應 檢 附 表 件	☐ 性侵害事件通報表 ☐ 醫療補助申請表 ☐ 相關身分證明文件 ☐ 醫院收據正本 ☐ 驗傷證明文件 ☐ 存簿封面影本 ☐ 領據正本 ☐ 其他證明文件								
申 請 時 限	一、申請補助之性侵害被害人，以設籍在雲林縣者為限。 二、本項目補助，應於通報日起六個月內向本府提出申請。								
扶 助 金 額	本案補助新台幣_____元。(醫療費補助每人每次最高新台幣三千元，但經本府專案審核評估，確有補助必要者，不在此限。各項給付依中央健康保險署及衛生機關相關醫療收費規定辦理。								
家 庭 暴 力 防 治 中 心 受 理 及 縣 府 覆 核	☐ 符合補助 ☐ 不符合補助：原因—								
	承	辦	科	長	處	長	縣	長	