

雲林縣兒童醫療補助申請表

申請日期： 年 月 日

兒童姓名		身份證字號	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	____年____月____日
戶籍所在地	雲林縣_____鄉(鎮、市)_____路(街)_____段_____巷 _____弄_____號_____樓		
監護人姓名		身分證字號	
聯絡電話		手機號碼	
戶籍所在地	雲林縣_____鄉(鎮、市)_____路(街)_____段_____巷____ 弄_____號_____樓		
申請人姓名 / 與兒童關係	<input type="checkbox"/> 同監護人 關係：_____	身分證字號	<input type="checkbox"/> 同監護人
	<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> _____
聯絡電話		手機號碼	
鄉鎮市公所 初核補助項目	就診掛號費次數 /補助金額	就診健保部分負擔 次數/補助金額	不符合補助原因
	門診_____次_____元 急診_____次_____元	_____次_____元	<input type="checkbox"/> _____ _____
鄉鎮市公所 初核合計	_____元整	縣政府複核	_____元整
鄉鎮市公所簽章		縣政府簽章	
承辦人	業務主管	機關長官	承辦人
			業務主管
			機關長官

雲林縣兒童醫療補助-鄉鎮市公所初核表
(健保部分負擔次數/補助金額)

醫院層	西醫門診		急診		牙醫	中醫
	經轉診	未經轉診	檢傷分類			
			第 1、2 級	第 3、4、5 級		
醫學中心 就診	170 元	420 元	450 元	550 元	50 元	50 元
	<input type="checkbox"/> __次					
區域醫院 就診	100 元	240 元	300 元		50 元	50 元
	<input type="checkbox"/> __次	<input type="checkbox"/> __次	<input type="checkbox"/> __次		<input type="checkbox"/> __次	<input type="checkbox"/> __次
地區醫院 就診	50 元	80 元	150 元		50 元	50 元
	<input type="checkbox"/> __次	<input type="checkbox"/> __次	<input type="checkbox"/> __次		<input type="checkbox"/> __次	<input type="checkbox"/> __次
診所就診	50 元	50 元	150 元		50 元	50 元
	<input type="checkbox"/> __次	<input type="checkbox"/> __次	<input type="checkbox"/> __次		<input type="checkbox"/> __次	<input type="checkbox"/> __次

備註:請依兒童就診院所層級定額補助門、急診之健保部分負擔醫療費用，打勾並填入就醫次數，若實際發生費用低於表列金額者則核實補助。

雲林縣兒童醫療補助切結書

兒童姓名：_____ 申領「雲林縣醫療補助」，因：

父母雙亡

父母一方（或雙方）行方不明

遭父母一方或父母雙方遺棄

其他（需註明原因）_____

無法在郵局開立帳戶，目前兒童由本人照顧撫養，故將扶助費轉入本人帳戶，所領費用將確實支用於兒童生活所需。

以上所言屬實，若有虛偽不實者，願繳回溢領補助款項，並負擔一切法律責任，特立此切結書為證。

此 致

雲 林 縣 政 府

切結人簽章：

身份證字號：

關 係：

地 址：

電 話：

中 華 民 國 年 月 日

（日期請務必填寫）

雲林縣兒童醫療補助委託書

茲因 工作
 生病或行動不便
 不識字
 其他_____

不克前往公所辦理本項補助申請，特委_____ 君代為

辦理，如有虛偽，願負法律責任。

此致

雲林縣政府

委託人： (簽名或蓋章)

身分證字號：

戶籍地址：

受託人： (簽名或蓋章)

身分證字號：

地址：

聯絡方式及電話：

與委託人關係：

中 華 民 國 年 月 日