|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **連江縣補助地區身心障礙者轉診赴台就醫交通費補助申請表** 申請人： (簽章) | | | | | | | | | |
| 使用者姓名 | | 身分證字號 | 出生年月日 | 障礙類別等級 | | | 地址 | | 電話 |
|  | |  |  |  | | |  | |  |
| 代申請人姓名 | |  | 與使用者關係 |  | | |  | |  |
| 轉診醫院 | |  | | | 檢附證明文件 | | * 申請表。 * 地區醫院或衛生所診斷需轉診證明書。 * 交通費憑證(機票、輪船票)。 * 區域教學醫院或公立醫院之收據或診斷證明。 * 金融機構存摺封面影本。 * 其他相關證明文件。 | | |
| 申請次數 | | 第 次 | | |
| 補助金額 | | 交 通 費：  自付醫療費： | | |
| 鄉初審意見 | ○經查屬實，符合規定，轉陳衛福局審核。  ○ 不符合規定。 | | | | | 衛福局審核結果 | | ○經審符合規定：  補助交通費 元，醫療費 元，  計 元。  ○ 不符合規定 | |