|  |
| --- |
| **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 |