|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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。 * 地區醫院或衛生所開立並經轉入醫院及醫師蓋章之轉診證明書正本或影本。 * 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 | |