

# 臺北市政府衛生局兒童醫療補助退費申請表

113 年 01 月修訂

兒童基本資料	姓名																						
	身分證字號																	出生年月日	民國	年	月	日	
	補助別	<input type="checkbox"/> 第一類 (戶籍設籍滿兩年) <input type="checkbox"/> 第二類 (重大傷病、罕見疾病、低收入戶及極低體重兒) <input type="checkbox"/> 第三類 (第三胎(含)以上兒童)																					
	戶籍地	區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓																					
	通訊地	<input type="checkbox"/> 同戶籍地 區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓																					
就醫資料	院所名稱 (多筆免填)																						
	類別 (多筆免填)	<input type="checkbox"/> 門診：民國 年 月 日 <input type="checkbox"/> 急診：民國 年 月 日 <input type="checkbox"/> 住院：民國 年 月 日 ~ 年 月 日																					
申請人	姓名											與兒童關係											
	身分證字號																		手	機			
(應已檢附請打勾) 附件	<input type="checkbox"/> 1. 申請表一式兩份。 <input type="checkbox"/> 2. 領據一份 (由申請人簽名)。 <input type="checkbox"/> 3. 兒童身分證明文件： <input type="checkbox"/> 健保 IC 卡影本。 <input type="checkbox"/> 4. 申請人之金融機構存摺封面影本。 <input type="checkbox"/> 5. 就醫事實發生後一年內 (含) 之醫療費用收據正本或影本。 (收據影本應由原醫療機構加蓋印信證明與原本相符；超過一年者恕不受理)。 <input type="checkbox"/> 6. 戶籍謄本或戶口名簿正本及影本 (足以證明符合補助對象之條件) (正本驗後歸還)。 <input type="checkbox"/> 7. 委託書 (親自辦理免附)。委託書上需註明委託期間及委託事項。																						
聲明事項	本人已閱讀並了解本申請表各節，保證上述所填各項資料及所附文件均為真實，並知悉提供不實資料及違反相關法令之後果，若有可歸責於己之事由，除繳回所領金額外，並自負一切法律責任。 本申請之醫療補助款項若經衛生局審核通過並核撥至本人帳戶內，日後若有任何具領爭議，本人願負法律上完全責任。 <b>法定代理人/監護人簽名父/母：</b> _____ <b>申請時間：</b> ____年__月__日																						
注意事項	※注意申請表一式二份，第一聯(粉紅色)請領補助款；第二聯(白色)衛生局留存。 1. 醫療補助應由法定代理人或監護人申請並具領補助。 2. <u>自付額 (限第二類申請)</u> ：係屬健保不給付醫療費用，補助每人每日以 1,000 元為上限，全年以 14,000 元為上限。 3. 醫療補助款項經衛生局審核通過後於 1 個月內核撥至本人帳戶，將不另行函文通知。 4. 收件單位：臺北市任一區健康服務中心 5. 承辦單位：臺北市政府衛生局醫事科 (地址：110 臺北市信義區市府路 1 號 2 樓西南區) 電話：1999 轉 7122 傳真：27208779																						