

### 臺北市弱勢兒童及少年醫療補助申請表

兒童或少年(患者)基本資料	病患姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	民國	年	月	日
	身分證字號	福利身分		<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶				
		具有身分		<input type="checkbox"/> 領取本市弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 單親家庭				
	戶籍地	臺北市 區 里 路(街) 段 巷 弄 號 樓之						
	住居地	<input type="checkbox"/> 同戶籍地 縣市 鄉鎮市區 路(街) 段 巷 弄 號 樓之						
公文寄送地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地 <input type="checkbox"/> 同住居地							
申請人基本資料	申請人姓名	身分證字號(統一編號)	連絡電話	市話：_____ 手機：_____				
	與兒少關係	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 法定監護人 <input type="checkbox"/> 委託安置機構 <input type="checkbox"/> 其他：						
就醫之醫療院所名稱					醫療費用	元		
本年度係第幾次申請		第 次	前(幾)次已補助(累計)金額 (如係第一次申請可免填寫)			元		

**★請檢核資料是否備齊並打勾，以紙本掛號寄至臺北市政府社會局兒童及少年福利科★**

地址：110204臺北市信義區市府路1號西南區8樓，電話：1999(外縣市02-27208889)轉6972-6974

申請已請附目者及檢請附打文件勾	<p><b>一、必備文件：</b></p> <p><input type="checkbox"/>申請人指定金融帳戶存摺封面影本</p> <p><input type="checkbox"/>最近6個月內醫療費用收據正本(逾6個月以上不受理)</p> <p><b>二、檢附資料：</b></p> <p><b>(一)財力證明</b></p> <p><input type="checkbox"/> (中)低收入戶證明影本(無則免付)</p> <p><input type="checkbox"/> 本市弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助(無則免付)</p> <p><input type="checkbox"/> 近一年度所得及財產資料(請詳參背面填表須知2.，若申請6歲以上未滿18歲療育訓練費用免附)</p> <p><b>(二)、其他證明文件(請依申請項目提供下列資料)：</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> 依全民健康保險法規定應自行負擔之住院費用。 <input type="checkbox"/> 住院醫療費用明細 <input type="checkbox"/> 醫療診斷證明書正本(應載明入院、出院日期並請詳參背面填表須知4.)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 妊娠期間所生必要檢查及醫療費用。 <input type="checkbox"/> 醫療費用明細 <input type="checkbox"/> 醫療診斷證明書正本(應載明入院、出院日期並請詳參背面填表須知4.)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> 為確認身分所作之親子血緣鑑定費用。 <input type="checkbox"/> 聲請法院裁定規費收據(法院裁定案方需檢附之) <input type="checkbox"/> 親子鑑定證明文件</p> <p>4. <input type="checkbox"/> 兒童及少年保護個案所需健康檢查費、醫療費或接種疫苗費。 <input type="checkbox"/> 健康檢查費 <input type="checkbox"/> 醫療費：醫療費用明細及醫療診斷證明書正本 <input type="checkbox"/> 施打肺炎鏈球菌等疫苗費：父母、法定監護人同意書、醫療院所施打疫苗之相關證明</p> <p>5. <input type="checkbox"/> 其他特殊、重大或急迫性醫療事件。 <input type="checkbox"/> 醫療費用明細 <input type="checkbox"/> 醫療診斷證明書(應載明入院、出院日期並請詳參背面填表須知4.)</p> <p>6. <input type="checkbox"/> 6歲以上未滿18歲兒少之發展遲緩療育訓練費用。 <input type="checkbox"/> 醫療診斷證明書(應載明有發展遲緩現象或有持續復健療育需求) <input type="checkbox"/> 衛生福利部公告之罕見疾病或全民健康保險認定重大傷病證明影本</p>
-----------------	--

本(申請)人保證上述所填各項資料及所附文件均為真實，且同意配合社會局或相關單位之家庭訪視評估，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，除繳回所領金額並自負一切法律責任。

本申請之醫療補助款項若經社會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(申請)人願負法律上完全責任。另，本人並  同意  不同意 將本人戶內資料提供相關單位作學術研究或非營利目的之使用。

申請人簽章： \_\_\_\_\_ (簽章) 申請時間： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※ 填表須知：

1. 本(醫療)補助得由被申請人(即兒童或少年)其父母、監護人或具有行為能力之同戶親屬代為申領補助。申請住院期間看護費補助者，請改填「臺北市弱勢兒童及少年醫療補助—住院期間看護費補助申請表暨看護服務證明書」。
2. 如無低收入戶、中低收入戶或領有本市弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助之福利身分，請檢附最近一年度所得及財產資料，查調範圍為被申請人(兒童或少年)及實際同住之直系血親；申請方式請就近至各地方國稅局或稅捐稽徵處申請，請詳閱財政部國稅局網站 > 查調財產所得全攻略。或簽具本局委請代查財稅切結書。
3. 義肢、義眼、義齒、配鏡、鑲牙、整容、整形、病人運輸、指定醫師、特別護士、指定藥品材料費、掛號費、部分承(負)擔費、疾病預防及非因疾病而施行預防之手術、節育結紮、住院期間之看護費、指定病房費、衛生用品費、伙(膳)食費、營養品(添加劑)等及其他與醫療無直接相關之項目，不予補助。
4. 經社會局審核後，得酌予補助項目：藥品及材料費(須請主治醫師證明不使用健保藥品、材料之原因及使用該自費藥品、材料其積極治療之必要性，送本局評估辦理。)、病房費(如因就醫期間醫療院(所)無全民健保病床且須接受住院治療者，請檢附「無健保病房證明」；如係其他因素，請於醫療診斷證明書註明經醫師診斷證明之特殊原因，送本局評估辦理。)