

澎湖縣民眾申請病危照護交通補助費申請書(附件一)

申請人姓名	出生日期	身份證字號	住址	蓋章	連絡電話
病患姓名	出生日期	身份證字號	戶籍住址	申請人與病患關係	
病患身份別	<input type="checkbox"/> 一般民眾 <input type="checkbox"/> 低收入戶		交通工具類別	<input type="checkbox"/> 航空器 <input type="checkbox"/> 船舶	起迄地點
應附文件	<input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 申請人身份證或戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 病患3個月內之戶籍謄本正本 <input type="checkbox"/> 醫療機構開具之診斷證明書 <input type="checkbox"/> 租用或搭乘交通工具之各項收費收據正本 <input type="checkbox"/> 領款收據 <input type="checkbox"/> 低收入戶證明 <input type="checkbox"/> 申請人金融機構帳戶封面影本				
衛生所初核	<input type="checkbox"/> 符合。核定補助新臺幣拾萬仟佰拾元整。 <input type="checkbox"/> 不符合補助規定。 主辦人：主任：				
衛生局複核	<input type="checkbox"/> 符合。核定補助新臺幣拾萬仟佰拾元整。 <input type="checkbox"/> 不符合補助規定。 主辦人：課長：會計：機關首長：				

申請日期： 年 月 日