

澎湖縣政府補助急重症病人空中轉診救護車費用 實施要點修正對照表

修正名稱	現行名稱	說明
澎湖縣政府補助急重症或病危返鄉病人空中轉診救護車費用實施要點	澎湖縣政府補助急重症病人空中轉診救護車費用實施要點	擴大補助資格對象，爰修正本要點名稱以合時宜。
修正規定	現行規定	說明
一、澎湖縣政府（以下稱本府）為補助澎湖縣（以下稱本縣）急重症或病危返鄉病人空中轉診，於臺灣期間各航空站至醫院間所需搭乘救護車費用，減輕縣民負擔，特訂定本要點。	一、澎湖縣政府（以下稱本府）為補助澎湖縣（以下稱本縣）急重症病人空中後送臺灣各航空站至醫院間所需搭乘救護車費用，減輕縣民負擔，特訂定本要點。	修正文字用詞。明確定義補助民眾執行空中雙向轉診對象、範圍及條件。
二、本要點執行急重症或病危返鄉病人空中轉診之航空器，以下列為限： （一）內政部空中勤務總隊 （二）C130 運輸機 （三）本府合約廠商民間航空器 （四）其他國家資源航空器		一、本點新增。 二、為規範補助在臺使用救護車費用對象資格，明確表列航空器交通載具，以符合急重症及病危返鄉病人啟動空中轉診要件，爰增訂本規定。
三、本要點補助對象為設籍本縣居民且經醫療機構處置診斷後，符合前要點條件啟動航空器，執行院際雙向轉診就醫之急重症或病危返鄉病人。	二、本要點補助對象為設籍本縣居民且經轄區醫療機構處置診斷後，由空中勤務總隊後送到臺灣本島醫院就醫之急重症病人。	一、點次變更。 二、文字修正。配合第二點增列，同時符合台灣本島與本縣轄醫療機構雙向轉診運作規定。
四、前點所稱醫療機構係指臺灣本島醫院及本縣轄衛生福利部澎湖醫院、國防醫學院三軍總醫院澎湖分院、澎湖縣政府衛生局所屬各衛生所。	三、前點所稱醫療機構係指衛生福利部澎湖醫院、三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處、澎湖縣望安鄉衛生所及澎湖縣七美鄉衛生所。	一、點次變更。 二、修正臺灣本島醫院轉出病人之醫療機構文字，並修正國防醫學院三軍總醫院澎湖分院名稱，符合實務需求。
五、本要點補助範圍為臺灣本	四、本要點補助範圍為臺灣本島	一、點次變更。

<p>島轉出、轉入醫院至各航空站之間救護車（含救護車車資、救護技術員、護士、使用氧氣等必要相關救護設備）轉送費用，每趟次最高補助金額為新臺幣三千八百元整。</p>	<p>各航空站至接受後送醫院間之救護車（含救護車車資、救護技術員、護士、使用氧氣等必要相關救護設備）轉送費用，每趟次最高補助金額為新臺幣三千元整。</p>	<p>二、擴大補助在臺救護車資格範圍及條件，並調查執行是類轉診之醫療機構至各航站距離、隨機救護人員及基本氧氣設施設備等相關費用，予增修每趟次最高補助金額。</p>
<p>六、申請程序：</p> <p>（一）申請補助時應檢附下列相關文件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 澎湖縣政府補助急重症或病危返鄉病人空中轉診救護車費用申請表。 2. 救護車費用統一發票或收據正本。 3. 病人郵局或銀行存簿封面影本。 4. 病人國民身分證影本。 5. 如申請人非病患本人，請同時檢附申請人身分證正反面影本。 6. 若病人已死亡（除戶），請備妥： <ol style="list-style-type: none"> (1) 死亡證明書 (2) 病人配偶或直系（（祖）父母、（孫）子女）關係之存簿封面影印本。 (3) 戶口名簿影本以證明與病人之關係。 7. 若病人還無法申請身分證或存簿，請備妥： <ol style="list-style-type: none"> (1) 病人戶口名簿影本。 (2) 申請人身分證或戶口名簿影本以證明 	<p>五、申請程序：</p> <p>（一）申請補助時應檢附下列相關文件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 澎湖縣急重症病人空中轉診救護車費用補助申請表。 2. 救護車費用統一發票或收據正本。 3. 病患郵局或銀行存簿封面影本。 4. 病患國民身分證影本。 5. 如申請人非病患本人，請同時檢附申請人身分證正反面影本。 6. 若病患已死亡（除戶），請備妥： <ol style="list-style-type: none"> (1) 死亡證明書 (2) 病患配偶或直系（（祖）父母、（孫）子女）關係之存簿封面影印本。 (3) 戶口名簿影本以證明與病患之關係。 7. 若病患還無法申請身分證或存簿，請備妥： <ol style="list-style-type: none"> (1) 病患戶口名簿影本。 (2) 申請人身分證或戶口名簿影本以證明與病患之關係。 (3) 病患配偶或直系 	<p>一、點次變更。</p> <p>二、修正申請表文件名稱及文字。</p>

<p>與<u>病人</u>之關係。</p> <p>(3) <u>病人</u>配偶或直系 ((祖)父母、(孫) 子女) 關係之存簿 封面影印本。</p> <p>(二) 經費請撥核銷及審查 程序：</p> <p>本補助費用應於轉送日 起三個月內，檢具相關 證明文件送本府衛生局 申請辦理，經審核補助 對象、範圍、項目、金 額等相關文件無誤後， 由本府逕撥<u>病人</u>或申請 人帳戶。</p>	<p>((祖)父母、(孫) 子女) 關係之存簿封 面影印本。</p> <p>(二) 經費請撥核銷及審查程 序：</p> <p>本補助費用應於轉送日起 三個月內，檢具相關證明 文件送本府衛生局申請辦 理，經審核補助對象、範 圍、項目、金額等相關文 件無誤後，由本府逕撥病 <u>患</u>或申請人帳戶。</p>	
<p><u>七</u>、本府衛生局得隨時派員訪 視並稽查補助對象，若偽 造或冒用他人搭乘證明申 請補助或未依補助用途支 用或虛報、浮報等情事， 經查證屬實，除應繳回溢 領補助款，自發現日起二 年內不得申請本補助。</p>	<p><u>六</u>、本府衛生局得隨時派員訪視 並稽查補助對象，若偽造或 冒用他人搭乘證明申請補助 或未依補助用途支用或虛 報、浮報等情事，經查證屬 實，除應繳回溢領補助款， 自發現日起二年內不得申請 本補助。</p>	<p>點次變更。</p>
<p><u>八</u>、若向其他機關申請相同補 助費用者，則本機關將不 予重覆補助。</p>	<p><u>七</u>、若向其他機關申請相同補助 費用者，則本機關將不予重 覆補助。</p>	<p>點次變更。</p>
<p><u>九</u>、受補助之個人申請支付款 項時，應本誠信原則對所 提支出憑證之支付事實及 真實性負責，如有不實， 應負相關責任。</p>	<p><u>八</u>、受補助之個人申請支付款項 時，應本誠信原則對所提支 出憑證之支付事實及真實性 負責，如有不實，應負相關 責任。</p>	<p>點次變更。</p>

第五點附件(表) 澎湖縣急重症病人空中轉診救護車費用補助申請表

現行申請表

澎湖縣政府補助急重症病人空中轉診救護車費用申請表							
病患 資料	病患 姓名		身分證字號		電話	(家用):	
	戶籍 地址						
	匯款郵局 局號或銀行 帳號						
申請人 資料	申請人			簽章			與病患 關係
轉送 日期/時間			搭乘救護車 起迄點	起點： 終點：			
轉送航空器： <u>空中勤務總隊(直昇機)</u>							
搭乘 實際金額			補助金額依實際費用最高補助不 超過新臺幣三千元整				
應 備 文 件	<div style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 1. 救護車費用統一發票或收據正本 <input type="checkbox"/> 2. 病患郵局或銀行存簿封面影本 <input type="checkbox"/> 3. 病患身分證影本。 <input type="checkbox"/> 4. 如申請人非病患本人，請同時檢附申請人身分證正反面影本。 ※以上文件需具備完整 備註： 1. 若病患已死亡(除戶)，請備妥： <input type="checkbox"/> (1) 死亡證明書 <input type="checkbox"/> (2) 病患配偶或直系((祖)父母、(孫)子女)關係之存簿封面影印本 <input type="checkbox"/> (3) 戶口名簿影本以證明與病患之關係 2. 若病患還無法申請身分證或存簿，請備妥： <input type="checkbox"/> (1) 病患戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> (2) 申請人身分證或戶口名簿影本以證明與病患之關係 <input type="checkbox"/> (3) 病患配偶或直系((祖)父母、(孫)子女)關係之存簿封面影印本 </div>						
衛生局 審核	<div style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 符合。核定補助新臺幣三千元整。 <input type="checkbox"/> 符合。核定補助新臺幣 仟 佰 拾 元 整。 <input type="checkbox"/> 不符合補助規定。 主辦人： 科長： 會計： 機關首長： </div>						
備註	<div style="padding: 5px;"> 1. 申請人應於轉送日起三個月內檢具相關文件至澎湖縣政府衛生局申請，逾期不予受理。 2. 補助金額依實際使用救護車費用，每趟次最高補助金額不得超過新臺幣三千元。 3. 澎湖縣政府衛生局醫政科承辦人：鄭美錦 連絡電話：06-9272162#233 </div>						

**第六點附件(表) 澎湖縣政府補助急重症或病危
返鄉病人空中轉診救護車費用申請表**

修正申請表

澎湖縣政府補助急重症或病危返鄉病人空中轉診救護車費用申請表						
病患 資料	病患姓名		身分證字號		電話	(家用): (手機):
	戶籍地址					
	匯款郵局 局號或銀行 帳號					
申請人 資料	申請人		簽章		與病患關係	
轉送 日期/時間		搭乘救護車 起迄點		起點： 終點：		
轉送航空器： <input type="checkbox"/> 內政部空中勤務總隊 <input type="checkbox"/> C130運輸機 <input type="checkbox"/> 本府合約廠商民間航空器 <input type="checkbox"/> 其他國家資源航空 器_____						
搭乘 實際金額			補助金額依實際費用最高補助不 超過新臺幣三千八百元整			
應 備 文 件	<input type="checkbox"/> 1. 救護車費用統一發票或收據正本 <input type="checkbox"/> 2. 病人郵局或銀行存簿封面影本 <input type="checkbox"/> 3. 病人身分證影本。 <input type="checkbox"/> 4. 如申請人非病患本人，請同時檢附申請人身分證正反面影本。 ※以上文件需具備完整 備註： 1. 若病人已死亡(除戶)，請備妥： <input type="checkbox"/> (1) 死亡證明書 <input type="checkbox"/> (2) 病人配偶或直系((祖)父母、(孫)子女)關係之存簿封面影印本 <input type="checkbox"/> (3) 戶口名簿影本以證明與病患之關係 2. 若病患還無法申請身分證或存簿，請備妥： <input type="checkbox"/> (1) 病人戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> (2) 申請人身分證或戶口名簿影本以證明與病患之關係 <input type="checkbox"/> (3) 病人配偶或直系((祖)父母、(孫)子女)關係之存簿封面影印本					
衛生局 審核	<input type="checkbox"/> 符合。核定補助新臺幣三千八百元整。 <input type="checkbox"/> 符合。核定補助新臺幣 仟 佰 拾 元 整。 <input type="checkbox"/> 不符合補助規定。 主辦人： 科長： 會計： 機關首長：					
備註	1. 申請人應於轉送日起三個月內檢具相關文件至澎湖縣政府衛生局申請，逾期不予受理。 2. 補助金額依實際使用救護車費用，每趟次最高補助金額不得超過新臺幣三千八百元。					

