

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

中華民國 104 年 07 月 09 日澎湖縣政府府授衛醫字第1043301573號訂定發布

中華民國112年04月19日府授衛醫字第1123301814號函修正發布

- 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。
- 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
- 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。
- 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。
- 五、本要點補助範圍為臺灣本島轉出、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。
- 六、申請程序：
 - (一)申請補助時應檢附下列相關文件：
 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：

(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：

(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與病人之關係。

(3) 病人配偶或直系（（祖）父母、（孫）子女）關係之存簿封面影印本。

(二) 經費請撥核銷及審查程序：

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，由本府逕撥病人或申請人帳戶。

七、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。

八、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。

九、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。

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。					