

澎湖縣政府低收入戶及弱勢兒童及少年醫療補助申請表

兒童少年姓名		出生日期		住址		
申請人姓名		與兒童少年關係			簽章	
		身份證字號			電話	
被補助者身份（請勾選）	<input type="checkbox"/> 1 低收入戶及中低收入戶兒童及少年 <input type="checkbox"/> 2 符合領困苦失依兒童及少年生活扶助及弱勢家庭兒童及少年緊急生活資格者 <input type="checkbox"/> 3 符合領取特殊境遇婦女家庭扶助條例未滿六歲兒童 <input type="checkbox"/> 4 兒童少年保護個案 <input type="checkbox"/> 5 公費或自費安置於立案之公私立育幼機構及寄養家庭之兒童及少年 <input type="checkbox"/> 6 發展遲緩兒童、早產兒 <input type="checkbox"/> 7 因懷孕或生育而遭遇困境之兒童、少年及其子女 <input type="checkbox"/> 8 符合行政院衛生署公告之罕見疾病兒童或領有全民健康保險重大傷病卡之兒童及少年 <input type="checkbox"/> 9 其他經社工員訪視評估有必要補助之兒童及少年			補助類別（請勾選）	<input type="checkbox"/> 1 住院期間之看護費、膳費、住院費 <input type="checkbox"/> 2 其他經評估有必要之補助 <input type="checkbox"/> 3 未婚懷孕生產、流產醫療費用 <input type="checkbox"/> 4 為確認身分所作之親子血緣鑑定費用 <input type="checkbox"/> 5 經醫師鑑定，因早產及其併發症所衍生之醫療、住院費用	
應附文件	<input type="checkbox"/> 1. 申請表 <input type="checkbox"/> 2. 全戶戶籍謄本或戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 3. 符合低收入戶、中低收入戶、困苦失依兒童及少年生活扶助、弱勢家庭兒童及少年緊急生活或特殊境遇婦女證明 <input type="checkbox"/> 4. 重大傷病及罕見疾病卡影本 <input type="checkbox"/> 5. 郵局存簿封面影本 <input type="checkbox"/> 6. 繳費收據或證明 <input type="checkbox"/> 7. 領據正本一份 <input type="checkbox"/> 8. 其他相關證明文件					
初審	初審結果 <input type="checkbox"/> 符合 補助新台幣 _____ 元		複核	審查結果 <input type="checkbox"/> 符合 核定補助新台幣 _____ 元		
	<input type="checkbox"/> 不符合助規定			<input type="checkbox"/> 不符合補助規定		
審	承辦人		核	承辦人		
	課長			科長		
	鄉鎮市長			副處長		
				處長		
				縣長		