

表 1：兒少醫療補助申請表

## 瑞信兒童醫療基金會「兒少醫療補助」申請表

申請日期：中華民國 年 月 日

申請編號：(由本會填寫)

<b>一、 申請(填表)人基本資料</b>			
姓名		身分證字號	
手機號碼		市內電話	
關係	<input type="checkbox"/> 父、母親 <input type="checkbox"/> 主要照顧者(關係： )	E-mail	
<b>二、 孩子基本資料</b>			
姓名		身分證字號	
出生日期	民國 年 月 日	經濟身分	<input type="checkbox"/> 中低收入戶/卡號： <input type="checkbox"/> 低收入戶/卡號： <input type="checkbox"/> 一般身分
戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 鄉鎮 路 市 市區 街 段 巷 弄 號 樓之		
通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 鄉鎮 路 <input type="checkbox"/> 同上 市 市區 街 段 巷 弄 號 樓之		
是否曾接受本會補助	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，編號_____、金額_____元(由本會填寫)		
醫院名稱(全銜)		科別(全銜)	
病歷號碼		病房號碼	_____樓_____號
住院日期	民國 年 月 日	出院日期	民國 年 月 日
交付方式(由本會填寫)	<input type="checkbox"/> 承辦人親訪(臺北市、新北市、基隆市、桃園市) <input type="checkbox"/> 本會志工親訪(高雄市) <input type="checkbox"/> 郵寄(掛號單號碼_____ )醫院社工室轉交(其它縣市)		
交付日期	民國 年 月 日	結案日期	民國 年 月 日



三、 就醫情形（此部分請交由醫院填寫）

(一) 病況描述（簡述）：

※請填寫疾病中文全名稱

(二) 診斷與治療情況（簡述）：

※請說明治療的緊急性或必要性

主治醫師簽名欄

（請蓋職名章並加註日期）

請勾選項目	日期
<input type="checkbox"/> 幹細胞移植	民國    年    月    日
<input type="checkbox"/> 器官移植手術	民國    年    月    日
<input type="checkbox"/> 重症加護病房	民國    年    月    日至民國    年    月    日

(一) 社工評估：（請簡述說明個案家庭及經濟狀況；亦可用醫院評估表取代）

主責社工簽名欄

（請蓋職名章並加註日期）

社工主管簽名欄

（請蓋職名章並加註日期）

**四、 已獲得補助項目**（無則填0，如有申請其他資源請填機構名稱）

項目	就醫 減免	醫院 資源	—— 機構資源	—— 機構資源	—— 機構資源	自付額	合計
金額	元	元	元	元	元	元	元

**五、 申請補助項目**

補助項目		(疾病) 名稱	申請金額	補助金額
醫療費 用補助	手術			
	藥物			
	器具			
	其它			
關懷金	幹細胞移植			
	器官移植手術			
	重症加護病房			
合計				

**六、 申請應備文件**（無則免附）

<input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(可由主治醫師填具申請表就醫情形替代) <input type="checkbox"/> 全戶新式戶口名簿或三個月內有效之戶籍謄本(需記事)	<input type="checkbox"/> 近一年全戶籍財稅證明 <input type="checkbox"/> 就醫繳費收據或繳款通知單影本 <input type="checkbox"/> 中、低收入證明文件影本 <input type="checkbox"/> 存簿影本
---	---





備註:醫療費用補助與關懷金項目，由就診醫療院所之社工人員提出申請。

備註:申請人最遲於住院期間或出院後 2 個月內(次日起算)，備齊應備文件提出申請，逾期不予受理。

備註:同意公開孩子全名，露出樣本：曾健康/急性心肌炎/加護關懷金 30,000 元

不同意公開孩子全名，露出樣本：曾小弟弟/急性心肌炎/加護關懷金 30,000 元