

醫療弱勢病患急難救助

申請表

申請日期：

補助編號：

(本會填寫)

病患姓名		出生日期		個案號	(本會填寫)
疾病名稱		申請人		關係	
病患 身分證字號		戶籍地址			
聯絡地址				聯絡電話	

申請人需求說明 (請務必填寫)

一、需求項目說明：(申請原因)

二、家中收入簡述 (例如：說明每月工作收入、社福補助津貼…) **以每個月為單位，請詳實填寫。**

薪 資：_____元/月
 親戚俸養：_____元/月
 身障津貼：_____元/月
 老人年金：_____元/月
 借 款：_____元/月
 其他收入：_____元/月(說明：_____)

三、家中支出簡述 (例如：生活花費、就醫費、保險、貸款…) **以每個月為單位，請詳實填寫。**

伙食費：_____元/月
 教育費：_____元/月
 水電瓦斯費：_____元/月
 醫療費：_____元/月
 電信費：_____元/月(手機、網路或市)
 營養品：_____元/月
 保險費：_____元/月(勞健保或商業保險)
 交通費：_____元/月
 貸 款：_____元/月(車、房貸或信用卡借款)
 房 租：_____元/月
 其 他：_____元/月(說明：_____)

受款人姓名		與病友關係	
申請人簽名			

附件資料：

- 1、本會病患資料表
- 2、戶口名簿或戶籍謄本影本(勿省略記事)
- 3、受款人存摺影本
- 4、中低收或低收入戶證明影本/家庭清寒證明
(無則不需提供)
- 5、全戶國稅局財稅清單
- 6、生活急難事實相關證明/相關醫療單據或估價單
- 7、診斷證明書/醫師治療計畫書