

社團法人台灣弱勢病患權益促進會

醫療弱勢病患肺炎鏈球菌疫苗接種 補助申請表

申請日期：

補助編號：

(此由本會填寫)

病友姓名		出生 年月日		個案編號	(本會填寫)
疾病名稱		身分證 字號		聯絡電話	
就診醫院/科別		申請人		與病友關係	
聯絡地址					

醫師 填寫 欄位	疾病 診斷名稱				醫師簽章
	肺炎鏈球菌 疫苗種類 (請勾選)	<input type="checkbox"/> PCV 結核型肺炎鏈球菌疫苗(13價) <input type="checkbox"/> PPV 多醣體疫苗(23價)	接種 地點	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 衛生所 <input type="checkbox"/> 其他	

醫療單據正本黏貼處：(請浮貼)

受款人姓名		與病友 關係		申請人 簽名	
-------	--	-----------	--	-----------	--

審核結果(此欄由本會審核人員填寫)

 通過，審核補助金額：_____元

 不通過，原因：_____

承辦人員	執行秘書	會辦	秘書長	理事長

必備資料：1.施打疫苗之醫療單據『正本』。2.受款人存摺影本。

請將本申請單(附件一)與附件二資料寄至 10450 台北市長春路 20 號 6 樓 台灣弱勢病患權益促進會收。若有任何問題，請電洽:02-25604501 分機 163 黃小姐