**附件一**

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)** | □PCV結核型肺炎鏈球菌疫苗(13價)  □PPV多醣體疫苗(23價) | | | | | | | | **接種地點** | □醫院 □診所  □衛生所 □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170陳小姐或分機163徐小姐