**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