

新北市石碇區永安里、格頭里居民醫療支出費用補助申請表 112.05.01 修正

姓名		申請日期：	年 月 日
<p>申請項目：<input type="checkbox"/>醫療支出費用補助(住院)，事實發生後三個月內需申請。</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/>意外醫療支出費用補助，事實發生後六個月內需申請。</p> <p style="padding-left: 80px;">意外受傷原因：_____</p> <p>申請手續及應備文件：</p> <p>(一)請填具申請表，連同申請人印章、應繳文件各乙份，符合社會福利要件之當事人或家屬，於事實發生後依規定期限，向區公所承辦單位提出申請，逾期不受理。</p> <p>(二)申請應繳證件如下： 醫療支出費用補助應檢具申請表、診斷書正本、醫藥費收據正本、金融機構存摺封面影本、印章。</p> <p>(三)同一事件，同一年度內，申請補助以一次為限，但情形特殊經調查確實有再予協助之必要者，得專案核辦。</p>			
<p>茲聲明：本人因申辦醫療支出費用補助申請案件，同意基於申辦需要，由貴所代為查調本項案件所需之戶籍相關資料以利審核。本人未領取政府其他相同性質之補助金且確實居住於本區永安里及格頭里範圍內水源保護區。倘有重複領取、申請事由不實，願無條件返還全部補助金額，並願負相關法律責任。。</p> <p style="text-align: center;">此致</p> <p style="text-align: center;">新北市石碇區公所</p> <p style="text-align: center; color: red;">申請人(同意人)簽章： _____ (簽章)</p> <p>身分證字號：</p> <p>地址：</p> <p>電話：</p>			
<p>茲領到 <input type="checkbox"/>醫療支出費用補助(住院)      新台幣      元整</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/>意外醫療支出費用補助</p> <p style="color: red;">領款人： _____ 簽章</p>			

承辦人      民政災防課課長      會計主任      主任秘書      區長