

連江縣補助地區身心障礙者轉診赴台就醫交通費、自費醫療費補助申請表

申請人姓名		出生年月日	年 月 日
身分證字號		聯絡電話	
障礙類別		障礙等級	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度
戶籍地址			
申請次數	第 次	轉入醫院名稱	
應附證明資料	<input type="checkbox"/> 申請表 <input type="checkbox"/> 地區醫院或衛生所開立之轉診證明書。 <input type="checkbox"/> 交通費憑證(機票、輪船票)。 <input type="checkbox"/> 區域教學醫院或公立醫院之收據或診斷證明。 <input type="checkbox"/> 金融機構存摺封面影本。 <input type="checkbox"/> 其他相關證明文件：		
切結事項	<input type="checkbox"/> 本人確定無重複申請其他同質性補助 <u>申請人簽章：</u>		

附註：以下雙線框內由鄉公所初審及主管機關複審。

初審結果	<input type="checkbox"/> 經查屬實，符合規定，轉陳縣府審核。 <input type="checkbox"/> 不符合規定。 承辦人：
複審結果	<input type="checkbox"/> 經審符合規定： 補助交通費 元，醫療費 元，合計 元。 <input type="checkbox"/> 不符合規定。 承辦人：