

## 臺中市政府衛生局 函

地址：420206臺中市豐原區中興路136號  
承辦人：約僱人員 張雅婷  
電話：25155148分機102  
電子信箱：hbtcm01505@taichung.gov.tw

受文者：社團法人臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國110年3月25日  
發文字號：中市衛心字第1100031120號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：110年臺中市政府衛生局弱勢就醫補助申請表格、110年弱勢就醫計畫宣導單  
(387140000I\_1100031120\_ATTACH1.pdf、387140000I\_1100031120\_ATTACH2.pdf)

主旨：有關衛生福利部補助本局辦理「110年度公益彩券回饋金—臺中市弱勢族群就醫補助計畫」1案，詳如說明段，請轉知所屬並協助宣導，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部109年8月24日衛部保字第1091260321B號函暨110年度臺中市弱勢族群就醫補助計畫辦理。
- 二、計畫目的：為協助弱勢族群排除就醫障礙，維護其健康，特別提供此項醫療補助費用。
- 三、辦理期程：即日起至110年12月5日或計畫補助款用罄為止。
- 四、補助對象：設籍本市且符合以下資格者：
  - (一)低收入戶。
  - (二)中低收入戶。
  - (三)其他由各級政府認定經濟困難並開立證明者（村里長開具之清寒證明不予認定），如中低收入老人生活津貼證明、身心障礙者生活補助證明、兒少生活扶助或街友、



遊民安置證明等。

#### 五、補助項目及金額：

- (一)健保欠費：無力繳納健保費或積欠健保費者。
- (二)健保部分負擔：健保在保者，就醫時由醫療院所代為收取健保給付範圍之自付費用(包含急診、門診、住院)。
- (三)住院膳食費：住院期間健保不給付之膳食費用。
- (四)救護車費用：因緊急狀況就醫、院間轉診或強制就醫等費用(含隨車救護人員費用)，每人每年新臺幣(以下同)6,000元為上限。
- (五)掛號費：健保不給付之門診、急診及住院掛號費用。
- (六)其他醫療自付費用(以健保給付範圍為限)：無健保身分者就醫時，醫療院所依健保支付標準所收取之費用。

六、另為節省申請人郵寄費用，避免行政資源浪費，單次申請費用總額需達3,000元以上，若未達3,000元，將由本局累計金額至3,000元或於經費用罄前辦理核銷事宜。

七、執行方式：申請補助者應於發生醫療行為之當(110)年度，填具申請表並檢具相關資料，向本局提出申請(亦可由健保署、醫療院所、區公所、衛生所代為轉送申請書)，經本局審核通過後，核撥補助款項。

八、有關本計畫申請書及相關內容，已公告於本局網站(路徑：首頁>專業服務>心理健康>精神衛生；首頁>長照2.0專區>一般民眾>長期資源>身障與弱勢族群照護>弱勢就醫補助)，請貴單位協助宣導，並轉介符合補助資格之弱勢族群申請本項計畫補助。

正本：臺中市各區公所、臺中市各區衛生所、社團法人臺中市大臺中醫師公會、社團法

人臺中市醫師公會、臺中市大臺中診所協會、臺中市診所協會、臺中市台中都診所協會、本市67家醫院

副本：衛生福利部中央健康保險署中區業務組、本局長期照護科、本局心理健康科



裝



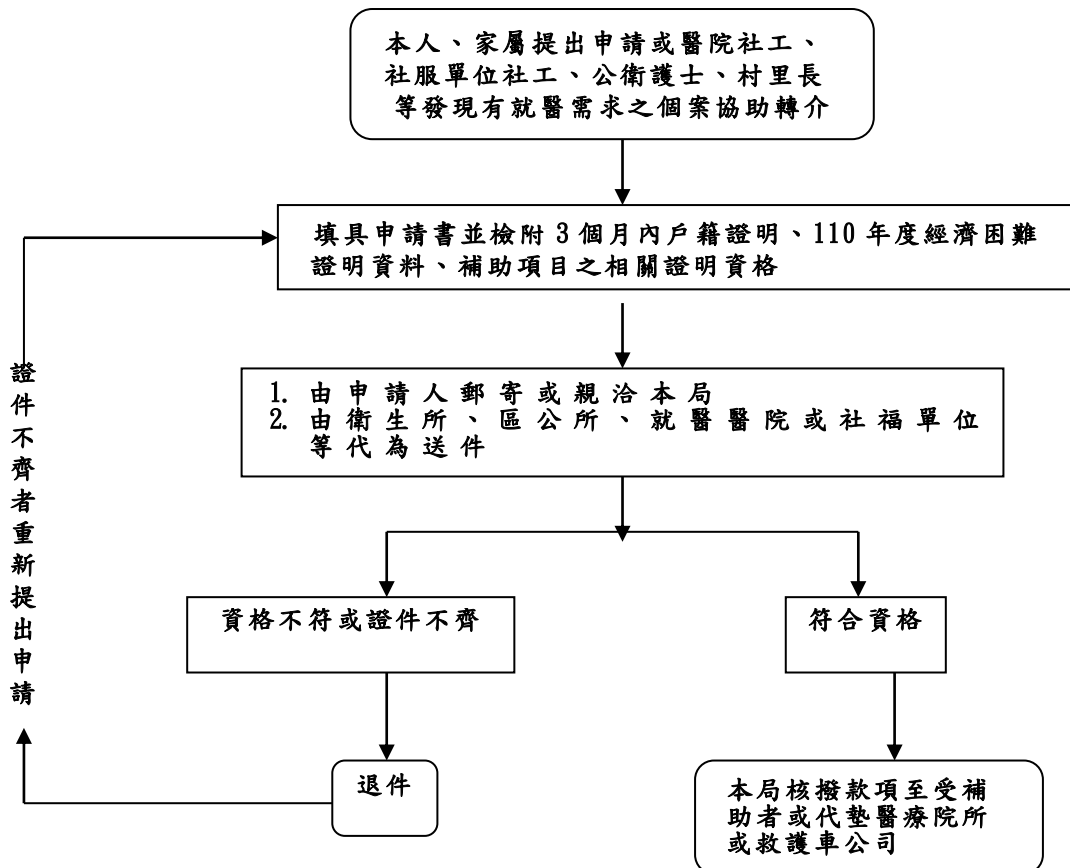
線



# 臺中市政府衛生局 110 年度公益彩券回饋金

## 弱勢族群就醫補助計畫

- 辦理目的：為協助弱勢族群排除就醫障礙，維護其健康，特別提供此項醫療補助方案。
- 辦理期程：即日起至 110 年 12 月 5 日止或計畫補助款用罄止。
- 補助對象：低收入戶、中低收入戶、其他符合各級政府認定經濟困難並開立證明者。
- 補助項目：健保欠費、醫療費用、住院膳食費用等，另救護車費用每人每年最高補助 6,000 元為限，以上各項補助費用合計每人每年以 3 萬元為上限。
- 申請流程：為節省申請人郵寄費用、避免行政資源浪費，單次申請費用總額需達 3,000 元以上，若未達 3,000 元，將由本局累計至 3,000 元或於經費用罄前辦理核銷事宜。



### ● 網站資訊

1. 臺中市政府衛生局網站首頁 → 上方主選單 → 專業服務 → 長期照顧服務 → 弱勢族群 → 臺中市 110 年度公益彩券回饋金弱勢族群就醫補助計畫。
2. 臺中市政府衛生局網站首頁 → 上方主選單 → 專業服務 → 心理健康 → 精神衛生 → 臺中市 110 年度公益彩券回饋金弱勢族群就醫補助計畫。

● 若有需要協助之處，歡迎您撥打本局服務專線，我們將有專人為您服務！

● 申請補助審核通過後，就醫相關費用等核銷約需 1-2 個月之工作天。

● 申請辦理**弱勢精神病患就醫補助**，請洽**心理健康科**

聯絡電話：(04)2515-5148 轉 102 張小姐、傳真 (04)2515-5157

郵寄住址：420 臺中市豐原區中興路 136 號（心理健康科）

● 申請辦理**弱勢族群就醫補助**，請洽**長期照護科**

聯絡電話：(04)2526-5394 轉 6104 辜小姐、傳真 (04)2527-1325

郵寄住址：420 臺中市豐原區中興路 136 號（長期照護科）



臺中市政府衛生局關心您

# 臺中市政府衛生局 110 年度公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫 弱勢族群就醫補助申請書

衛生局收件日期：110 年 月 日

案件編號：

## 壹、申請人基本資料

1. 個案：\_\_\_\_\_ 2. 申請日期：110 年 月 日

3. 聯絡電話：(手機)：\_\_\_\_\_ (室話)：\_\_\_\_\_

4. 戶籍地址：郵遞區號( ) \_\_\_\_\_

5. 聯絡地址：郵遞區號( ) \_\_\_\_\_

6. 申請補助項目：補助 110 年當年度就醫費用(請勾選)

- (1)  健保欠費：無力繳納健保費或積欠健保費者(可追溯自欠費始日)。
- (2)  健保部分負擔：健保在保者，就醫時由醫療院所代為收取健保給付範圍之自付費用(包含急診、門診、住院)。
- (3)  住院膳食費：住院期間健保不給付之膳食費用。
- (4)  救護車費用：因緊急狀況就醫、院間轉診或強制就醫等費用(含隨車救護人員費用)，每人每年 6,000 元為上限。
- (5)  掛號費：健保不給付之門診、急診及住院掛號費用。
- (6)  其他醫療自付費用(以健保給付範圍為限)：無健保身分者就醫時，醫療院所依健保支付標準所收取之費用；但特殊用藥、特殊耗材、自費醫藥材、輔助器具等，不予補助。

## ★申請注意事項

註 1：為節省申請人郵寄費用、避免行政資源浪費，單次申請費用總額需達 3,000 元以上，若未達 3,000 元，將由本局累計金額至 3,000 元或於經費用罄前辦理核銷事宜。

註 2：補助項目限制身份者：健保部分負擔限「健保身分者」申請；無健保身分者醫療自付費用(指健保不在保者，就醫時以健保給付範圍為限之醫療支付費用)限「無健保身分者」申請。

註 3：同時申請健保欠費及醫療費用補助須分別填寫 2 份申請書，填寫資料若有塗改，請於塗改處加蓋申請人印章(金額處請勿塗改)。

註 4：申請補助所提供之核銷單據需為正本；其他相關資料影印本，請加蓋申請人印章，倘有不實須負相關法律責任。

註 5：申請補助審核通過後，就醫相關費用等收據核銷約需 1-2 個月之工作天。

註 6：當年度經費於計畫截止日前如已用罄，將不再受理補助申請。

我已閱讀上述說明並同意申請書內容，申請人簽章：\_\_\_\_\_

## 貳、代理申請委託書 (自行申請者免填)

※申請人因故須由他人代理申請者，以其親屬為優先；無親屬者，得由社工訪視員或村里長代為申請。  
但代理申請書需有申請人之親筆簽名或蓋章用印。

本人\_\_\_\_\_因無法親自向臺中市政府衛生局申辦110年度弱勢族群就醫補助，同意委  
由\_\_\_\_\_君代辦相關申請事宜，爰本人 積欠醫院醫療費用 無銀行、郵局存摺  
其他原因：\_\_\_\_\_，故同意本補助款匯入\_\_\_\_\_戶頭，戶名\_\_\_\_\_  
存簿帳號\_\_\_\_\_如存摺影本，屬實無訛，特立此書為據。

(一) 委託人 (申請人)：\_\_\_\_\_ (親筆簽名或蓋章)

身分證字號：\_\_\_\_\_

(二) 受委託人：\_\_\_\_\_ (蓋章)；與個案關係：\_\_\_\_\_

身分證字號 (統一編號)：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

聯絡地址：\_\_\_\_\_

## 參、補助對象檢附資料 (請勾選)

(1) 須設籍本市並檢附國民身分證正反面影本或新式戶口名簿影本一份；有健保身分  
之外籍人士請提供居留證或護照影本，影本須加蓋申請人印章。

(2) 補助對象及經濟困難認定標準：(限110年度)

低收入戶正本。(其資格認定係依據社會救助法第4條規定)。

中低收入戶正本。(其資格認定係依據社會救助法第4-1條規定)。

其他由各級政府認定經濟困難並開立證明者(如中低老人生活津貼證明、身心障礙  
生活補助證明、兒少生活扶助等相關文件可至各區公所申請，由村里長開具清寒  
證明恕不認定)或街友、遊民安置證明。

(3) 弱勢族群就醫補助申請書一份(共4頁)。

## 肆、檢附需補助項目之相關證明資料 (請勾選)

(1) 健保欠費繳款單正本及欠費明細表(繳款單金額最高上限3萬元整)。

(2) 醫療費用收據正本及費用明細。

(3) 救護車費用收據正本(需另檢附急診醫師開立之當次需緊急就醫證明或院間轉診  
證明或強制就醫證明正本一份)。

(4) 其他(如健保不在保證明等)。

## 伍、是否符合申請補助條件(本項由衛生局審核人員填寫)

(1) 符合補助

(2) 不符合補助原因：缺件 金額填寫有誤 申請書塗改未加蓋申請人私章

申請書填寫有誤 其他\_\_\_\_\_

承辦人員：

日期：110年 月 日

陸、申請補助項目及費用：補助每人每年上限3萬元整，實際補助金額填寫請勿超過3萬元整。

項目	金額(勿塗改)	檢附資料
健保欠費		健保欠費繳款單正本、欠費明細表。
健保部分負擔		110年度醫療費用收據正本及費用明細。
住院膳食費		110年度醫療費用收據正本及費用明細。
救護車費用		110年度救護車費用收據正本、急診醫師開立之當次需緊急就醫證明、院間轉診證明或強制就醫證明一份(救護車服務日期與就醫證明需為同日)。
掛號費		110年度醫療費用收據正本及費用明細。
其他醫療自付費用		110年度醫療費用收據正本及費用明細、健保署不在保證明。
<b>補助金額總計</b>	<b>新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整</b>	

參考:零、壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖

## 柒、代墊證明書

### (一) 醫院代墊證明

本人\_\_\_\_\_於110年\_\_月\_\_日至110年\_\_月\_\_日因傷病就醫住院，需繳付醫療費用計新臺幣\_\_萬\_\_仟\_\_佰\_\_拾\_\_元整，出院時無法繳付由\_\_\_\_\_（醫院名稱）先行代墊，屬實無訛，特立此書為據。

### (二) 救護車公司代墊證明

本人\_\_\_\_\_於110年\_\_月\_\_日因 緊急狀況就醫 院間轉診 強制就醫，需繳付救護車費用計新臺幣\_\_仟\_\_佰\_\_拾\_\_元整，無法繳付由\_\_\_\_\_（救護車公司名稱）先行代墊，屬實無訛，特立此書為據。

## 領款單據

壹、經費支出事由：辦理衛生福利部 110 年度公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫—臺中市弱勢族群就醫補助費用領款單據

貳、收據：(金額處請勿塗改，參考：零、壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖)

姓名 (個案/親屬/醫院/救護車公司)	身份證字號 (統一編號)	補助金額	其他所得	戶籍地址
			V	郵遞區號 ( ) 聯絡電話:
實際補助金額：新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整				
申請人簽章：				

## 參、帳戶資料

### 黏貼存摺影本

#### ★填寫收據注意事項：

1. 申請健保欠費者；收據姓名處為申請個案本人，不需附存摺。
2. 申請其他補助項目者；收據姓名處 2-1 倘若為個案，存摺戶名需為個案。  
2-2 倘若為親屬，存摺戶名需為親屬。  
2-3 倘若為醫院，存摺戶名需為醫院。  
2-4 倘若為救護車公司，存摺戶名需為救護車公司。
3. 請黏貼郵局存摺影本，若黏貼其他金融機構存摺而衍生手續費將由民眾自行負擔。

中華民國 110 年 月 日

#### ★申請辦理弱勢精神病患就醫補助 請洽心理健康科

聯絡電話：(04)2515-5148 轉 102 張小姐；傳真：(04)2515-5157

郵寄地址：420 臺中市豐原區中興路 136 號(心理健康科)

#### ★申請辦理弱勢族群就醫補助 請洽長期照護科

聯絡電話：(04)2526-5394 轉 6104 辜小姐；傳真：(04)2527-1325

郵寄地址：420 臺中市豐原區中興路 136 號(長期照護科)

★申請補助若有任何需要協助之處，歡迎您撥打本局服務專線，將有專人為您服務