

## 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：聘用人員 顏桂洙  
電話：04-2706-6031#217  
電子信箱：hbtc01651@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111年2月18日

發文字號：中市衛心字第1110016125號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：111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及宣導單張  
(387140000I\_1110016125\_ATTACH1.pdf、387140000I\_1110016125\_ATTACH2.pdf)

主旨：有關衛生福利部補助本局辦理「111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110年8月26日衛部保字第1101260271B號函及110年9月3日衛部保字第1100135097號函暨111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111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以認定），如中低老人生活津貼證

明、身心障礙生活補助證明、兒少生活扶助或街友、遊民安置證明等。

#### 五、補助金額：

- (一) 健保欠費：無力繳納健保費或積欠健保費者（增訂每人每年新臺幣（以下同）6,000元為上限）。
- (二) 健保部分負擔：係指健保在保者就醫時，由健保特約醫療院所代為收取健保給付範圍之自付費用。（包含門診、急診、住院部分負擔）。
- (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：病患因緊急狀況就醫、院間轉診或強制就醫時之救護車費用（含隨車救護人員費用），每人每年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：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，將於本局累計金額至3,00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（111）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、衛生所等代為轉送申請書），經本局審核通過後，核撥補助款項。

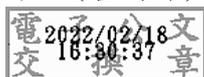
八、有關本計畫申請書及相關內容，已公告於本局網站（路徑：首頁>專業服務>心理健康>精神衛生>相關資訊；首頁>長照2.0專區>一般民眾>找長照資源>身障與弱勢



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66家醫院、本市27家精神復健機構

副本：衛生福利部中央健康保險署中區業務組(含附件)、臺中市家庭暴力及性侵害防治中心(含附件)、臺中市政府社會局(含附件)、本局長期照護科、本局心理健康科



裝

訂

線

# 臺中市政府衛生局 111 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：111 年 月 日

案件編號：

## 壹、申請人基本資料

1. 個案：\_\_\_\_\_ 2. 申請日期：111 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 111 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，予以協助繳納健保欠費之金額。每人每年 6,000 元為上限。
- (2)  健保部分負擔：係指健保在保者就醫時，由健保特約醫療院所代為收取健保給付範圍之自付費用。(包含門診、急診、住院部分負擔)。
- (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：病患因緊急狀況就醫、院間轉診或強制就醫時之救護車費用(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)  無健保身分者就醫時之醫療自付費用(以健保給付範圍為限)：係指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(診察費、藥劑費、注射技術費、檢驗費、X光檢查、電腦斷層費、藥事服務費、護理費、開刀費、特材費等)。

## ★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 111 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 111 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：111 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		111年度醫療費用收據正本及費用明細。
住院膳食費		111年度醫療費用收據正本及費用明細。
救護車費用		111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		111年度醫療費用收據正本及費用明細。
其他醫療自付費用		111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111年\_\_月\_\_日至111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111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 111 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(非救助專戶)，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 111 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)2706-6031 轉 217 顏小姐；傳真：(04)2706-2032

郵寄地址：407 臺中市西屯區西屯路二段 299 號(西屯區心理衛生中心)

#### ★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 6035 鄭小姐；傳真：(04)2527-1325

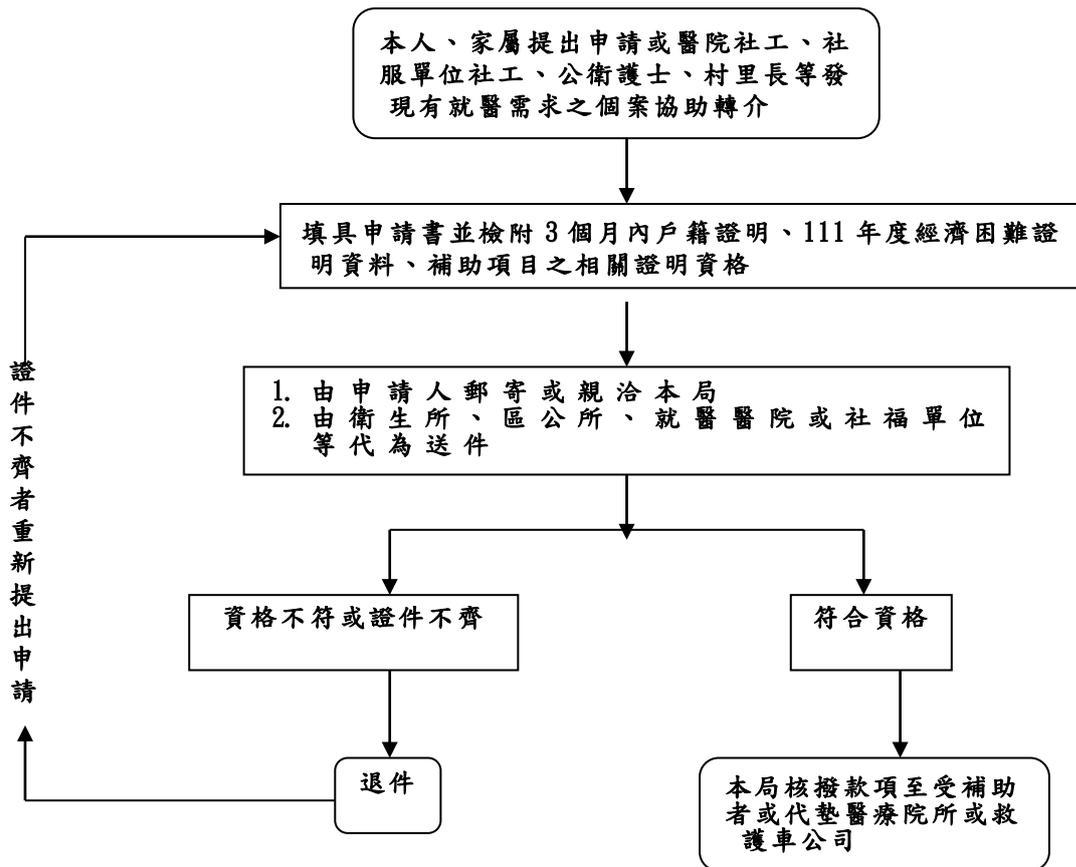
郵寄地址：420 臺中市豐原區中興路 136 號(長期照護科)

★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

# 臺中市政府衛生局 111 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 111 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 → 長照 2.0 專區 → 一般民眾 → 找長照資源 → 身障與弱勢族群照護 → 弱勢就醫補助 → 臺中市 111 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 111 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)2706-6031 轉 217 顏小姐、傳真 (04)2706-2032

郵寄住址：407 臺中市西屯區西屯路二段 299 號（西屯區心理衛生中心）

● 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 6035 鄭小姐、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