

鄉鎮市中低收入戶醫療補助申請表

[illegible]

授權書

茲本人欲辦理☐傷病醫療、☐重病住院看護補助申請，因
(原因)無法親自前往辦理，故全權授權君前來辦理相關手續，
恐口說無憑，特立此書為證。
此致
花蓮縣政府

授權人：(簽名或蓋章)
身分證字號：
戶籍地址：
聯絡電話：

被授權人：(簽名或蓋章)與授權人關係：
身分證字號：
戶籍地址：
聯絡電話：

【註】被授權人請檢附身分證影本供本府留存備查。

(粘貼身分證影本正面)	(粘貼身分證影本反面)
-------------	-------------

中華民國 年 月 日

切結書
本人○○○○，因病於○○年○○月○○日起至○○年○○月○○日止，在
○○○醫院住院治療，茲因本人係縣府列冊之
或☐未達最低生活費 1.5 倍之經濟弱勢，
☐低收入戶 院計新台幣○○○○元，
☐中低收入戶 院撥○○○醫院，以償付欠款，惟恐口
無憑特立此書為憑 ☐傷病醫療費
☐重病住院看
此致
花蓮縣政府

立書人：簽章

身分證字號：
與病人關係：本人
戶籍地址：
連絡電話：

中 華 民 國 年 月 日

(單位名稱)

病房差額證明書

病患：_____ 身分證字號：_____ 病歷號碼：_____
於民國_____年_____月_____日至民國_____年_____月_____日住院接受治療，因
本院_____年_____月_____日至民國_____年_____月_____日之健保病床已滿床，
故入住____人房，每日單價為新台幣_____元，病房總費用新台幣_____元。

特立此書以茲證明

證明人：單位：（醫院名稱及部門）
姓名：（病房部或社服部人員）

中 華 民 國 年 月 日

花蓮縣政府

花蓮縣公益彩券盈餘分配基金黏貼憑證用紙

憑證編號	預 算 科 目		金 額								用 途 說 明	請勾選領取支票方式： ☐ 1. 自領 ☐ 2. 郵寄 ☐ 3. 電匯 ☐ 4. 領回轉發
			仟 萬	佰 萬	拾 萬	萬	仟	佰	拾	元		
第 號	業務計畫	社會救助計畫									請勾選郵寄支票金額壹萬元以下是否加劃平行線2道： 是 ☐ 否 ☐	
	工作計畫	會費、捐助、補助、分攤、照護、救濟與交流活動費										
	用途別	捐助、補助與獎助										

經 辦 人	業 務 主 管	財產（物品）登記	主 計 處	縣 長
驗收（證明）人		事 務 主 管		

收 據

茲領到花蓮縣政府撥付低(中低)收入戶傷病醫療費用補助款，總計為新台幣： 萬 仟 佰 拾 元整，確實無誤。

此據

具領人：

身分證字號：

住址：

中華民國 年 月 日

存摺影本

為順利入帳，請詳細檢閱，若有金融帳號影印不清者，請核對正本後更正清楚並核章〈或簽名〉。