



財團法人寶春社會福利慈善事業基金會

Since 2004

醫療補助申請書

NO: _____

姓名			身分證字號	
出生日期	年 月 日	年 齡	歲	
戶籍地址	郵遞區號 □□□-□□□			
聯絡地址	郵遞區號 □□□-□□□			
聯絡人及關係		聯絡電話	(白天)	
			(晚上)	
			(手機)	
申請事由				
申請補助金額： 新台幣				
申請應備文件	1. 申請書正本			
	2. 醫院所開具之轉介單			
	3. 身份證影本、戶口名簿影本、存摺封面影本			
	4. 醫院所開具之繳費通知單或收據影本			
	5. 低收入戶卡影本、里長或本基金董監事證明文件。(任一文件即可)			
申請日期：	年	月	日	
審核				
核准：	審核：	承辦：		

*郵寄地址：22453新北市瑞芳區傑魚坑路139號/寶春慈善基金會 收。

*本申請書可至本會網址(www.baochun.org.tw)下載列印使用。

*申請案需透過公私立醫院社工室（社服室）之社工人員

*申請案經評估審核未通過，文件恕不退還，且不另行通知。