



## 醫療補助申請書

NO : \_\_\_\_\_

姓 名			身份證字號		
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](http://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。