

110年度公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫申請書

年度	110年度	計畫編號	免填
計畫名稱	新竹縣110年度弱勢個案就醫補助計畫	計畫金額	新臺幣368,000元
主(協)辦單位	主辦單位	新竹縣政府衛生局	
	協辦單位		

壹、計畫內容(註1)

一、依據：財政部公益彩券回饋金運用及管理作業要點第4點第1項第2款第6目及衛生福利部審查申請運用公益彩券回饋金計畫處理原則第3點規定。

二、目的：協助低收入邊緣戶等弱勢族群，排除其就醫障礙，維護其健康之相關費用。

三、辦理期程：110年1月1日至12月15日止

四、補助對象及經濟困難認定標準：(請勾選)

☒ 低收入戶：其資格認定係依據社會救助法第4條規定。

☒ 中低收入戶：其資格認定係依據社會救助法第4條之1規定。

☒ 其他經濟弱勢：符合各級政府依其相關規定補助之經濟弱勢者或由各級政府認定經濟困難並開立證明者，抑或符合各縣(市)街友(或遊民)安置輔導辦法者。

共約補助人數：40

補助人次：355

五、補助項目及標準：(請配合經費概算表勾選)

☒ 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。

☒ 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)

☒ 住院膳食費：住院期間健保不給付之膳食費用。

☐ 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。

☐ 偏遠地區交通費：居住偏遠地區，無大眾交通運輸工具或有大眾交通運輸工具但班次過少時：(一)病患就醫、轉診或返家所搭乘計程車或自用汽(機)車之交通費用。(二)由病患自行負擔之居家醫療醫事人員或社會工作人員至病患

家中訪視所搭乘計程車或自用汽(機)車之來回交通費用。每人每年以2,000元為上限。

(偏遠地區之定義及範圍：_____)

■ 掛號費：健保不給付之門診、急診及住院掛號費用。

□ 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)。

* 以上各項補助費用合計每人每年**3萬元**為上限。

* 補助對象若符合縣(市)醫療補助辦法第2條，依法已受補助者，或政府已依相關規定編列預算執行者，皆不予補助。

■ 業務費：業務費項下包含臨時工資、宣導費...等經常性支出，依據衛生福利部補(捐助)科技發展計畫經費編列基準及使用範圍與其相關規定編列(如附件)，並以就醫相關費用核定補助金額之5%為上限。業務費未執行完畢部分可流用至補助弱勢民眾就醫相關費用。

六、執行方式：

(一) 補助案件之申請、審核、補助等程序。

1. 申請補助者應於發生醫療行為之當年度，填具申請表並檢具以下資料，向衛生局提出申請(亦可由醫院、區公所、衛生所代為轉送申請書)：

- (1) 國民身分證正反面影本或戶口名簿影本一份；居留證或護照影本(為因應有健保身分之外籍人士)。
- (2) 經濟困難資格證明文件(如低收、中低收入戶證明文件、各級政府依其相關規定補助之經濟弱勢證明或由各級政府認定經濟困難並開立之證明或街友、遊民安置輔導辦法之證明)。

(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捺印。)

2. 經衛生局審核通過後，核發程序如下：

- (1) 就醫相關費用部分(健保部分負擔、住院膳食費、掛號費、無健保身分者就醫時之醫療自付費用)，經衛生局審核醫療院所所開具之領據及醫療費用明細或醫療明細收據、統一發票或相關書據無誤後，將款項核撥至代墊醫療院所或受補助者。
(衛生局可與醫院溝通後，於受補助者申請核可後，採預支現金代墊費用，再統

一按月以該醫院領據及名冊向衛生局辦理經費核銷。)

(2)健保欠費部分，由衛生局向中央健康保險署確認受補助者是否有健保欠費及健保欠費之金額後，以保險費收據進行核銷。

(3)交通費部分(救護車費用、偏遠地區交通費)，受補助者繳交交通費收據，以其收據進行核銷後，再領取已繳交之欠費款項；或請救護車公司或計程車提供收據進行核銷後，再將款項核撥至其公司或車行。若為搭乘自用汽(機)車就醫(訪視)、轉診或返家者，依各衛生局參照同路段(如無相同路段可參照鄰近地區)公民營客運汽車之票價及里程，所訂定之補助標準及核銷單據，審核後進行核銷。(申請救護車費用時需檢附急診醫師開立之需緊急就醫證明、院間轉診證明或強制就醫證明；申請偏遠地區交通費時需檢附就醫或接受居家醫療照護服務等證明。)

(二)彰顯公益彩券回饋金公益性質之宣導方式，宣導成果將於年度執行成果報告呈現。

☒ 於衛生局、衛生所或區公所辦理「公益彩券回饋金補助計畫」工作說明會。

☐ 於主辦及協辦單位張貼海報或單張、刊物等宣導公益彩券回饋金補助計畫。

☒ 於主辦及協辦單位之網站發布公益彩券回饋金補助計畫及宣導。

☐ 於廣播媒體發布公益彩券回饋金補助計畫及宣導。

☒ 辦理「公益彩券回饋金補助計畫」宣導活動，如結合心理衛生(酒藥癮戒治、自殺防治)等宣導場合辦理相關弱勢就醫補助宣導活動。

☐ 其他_____。

貳、預期效益

「預期效益」除就以下項目重點說明外，申請單位可視計畫特色，另為詳述：

(1)整體計畫效益：

1.協助弱勢個案得到醫療支持，其受惠者達預期之90%。

2.提供病人就醫相關費用，減輕弱勢族群就醫負擔。_____

預估受益人數 40_____。

受益人次 355_____。

(2)整體計畫直接及間接促進就業效果：

其補助受惠者中約90%因經濟因素無法規則就醫而導致病情控制不佳之病人，經就醫後其病情穩定可提升就業能力及動機。

參、聯絡人及聯絡方式

主辦單位聯絡人	紀詩儀	聯絡地址	新竹縣竹北市光明七街1號
		電子信箱	10009093@hchg.gov.tw
		聯絡電話	03-5518160#149

註：1.主辦單位應視申請案件需要，檢附其他所需文件。

2.經費概算中，業務費等經常性支出，得視需要酌予補助；至採購固定資產及設備等資本門支出，則不予補助；業務費應依據衛生福利部補(捐)助科技發展計畫經費編列基準及使用範圍與其相關規定編列(如附件)。

新竹縣110年弱勢個案就醫補助健保及醫療費用申請書

109.4.21修訂

申請人資料	姓名： 性別： ☐ 男 ☐ 女 出生： 年 月 日 國民身分證統一編號： 電話：(H) _____ (O) _____ (M) _____ 家屬姓名： _____ 關係： _____ 電話： 居住地址： 戶籍地址：	
代理人	申請人因 ☐ 重病昏迷 ☐ 未成年 確實無法填寫申請書 代理人姓名： _____ 與申請人關係： _____ 電話： *重病昏迷者需檢附證明書，以茲證明無法親筆簽名 *申請人因故須由他人代理申請者，以其家（親）屬為優先；無家（親）屬者，得由社工訪視員或村里長代為申請。 *未成年者，請由法定代理人代為申請，並檢附證明文件（例如：同戶戶口名簿或戶籍謄本）	
申請項目	☐ 住院膳食費，金額： _____ 元 ☐ 部分負擔：門診金額： _____ 元、急診金額： _____ 元、住院金額： _____ 元 ☐ 掛號費用，門診金額： _____ 元、急診金額： _____ 元 ☐ 健保費用，金額： _____ 元(每人每年以10,000元為限) *總計金額： _____ 元(每人每年以新台幣30,000元為限)	
證明文件	已繳清醫療費用 1. ☐ 申請人身分證影本、戶口名簿影本(2選1) 2. ☐ 低收入戶、中低收入戶、各級政府認定經濟困難證明 3. ☐ 弱勢個案就醫補助申請書 4. ☐ 繳費收據正本(不得為影本並蓋與正本相符章) 5. ☐ 存摺影本	積欠醫療費用 1. ☐ 申請人身分證影本、戶口名簿影本(2選1) 2. ☐ 低收入戶、中低收入戶、各級政府認定經濟困難證明 3. ☐ 弱勢個案就醫補助申請書 4. ☐ 醫療欠費明細表 5. ☐ 醫療請款公文及請款收據正本

註： 1. 本表有關申請人基本資料、求助事由、證明文件係申請人或家屬據實陳述，如有不實願負相關法律責任。

1. 同意新竹縣政府衛生局如基於個案評估及審核之必要，得以調閱申請人及家屬之戶籍或財稅有關資料。

3. 申請人不得重覆申請部份負擔及健保費等補助項目，一經查明取消補助相關費用。

申請人（本人）簽名蓋章：

申請日期： _____ 年 月 日

代理人（本人）簽名蓋章：

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計畫—新竹縣弱勢個案就醫補助計畫領款單據

貳、收據：(金額處請勿塗改)

姓名	身份證字號	補助金額
實際補助金額		元整
申請人簽章：		

參、帳戶資料

黏貼存摺影本

中華民國 年 月 日