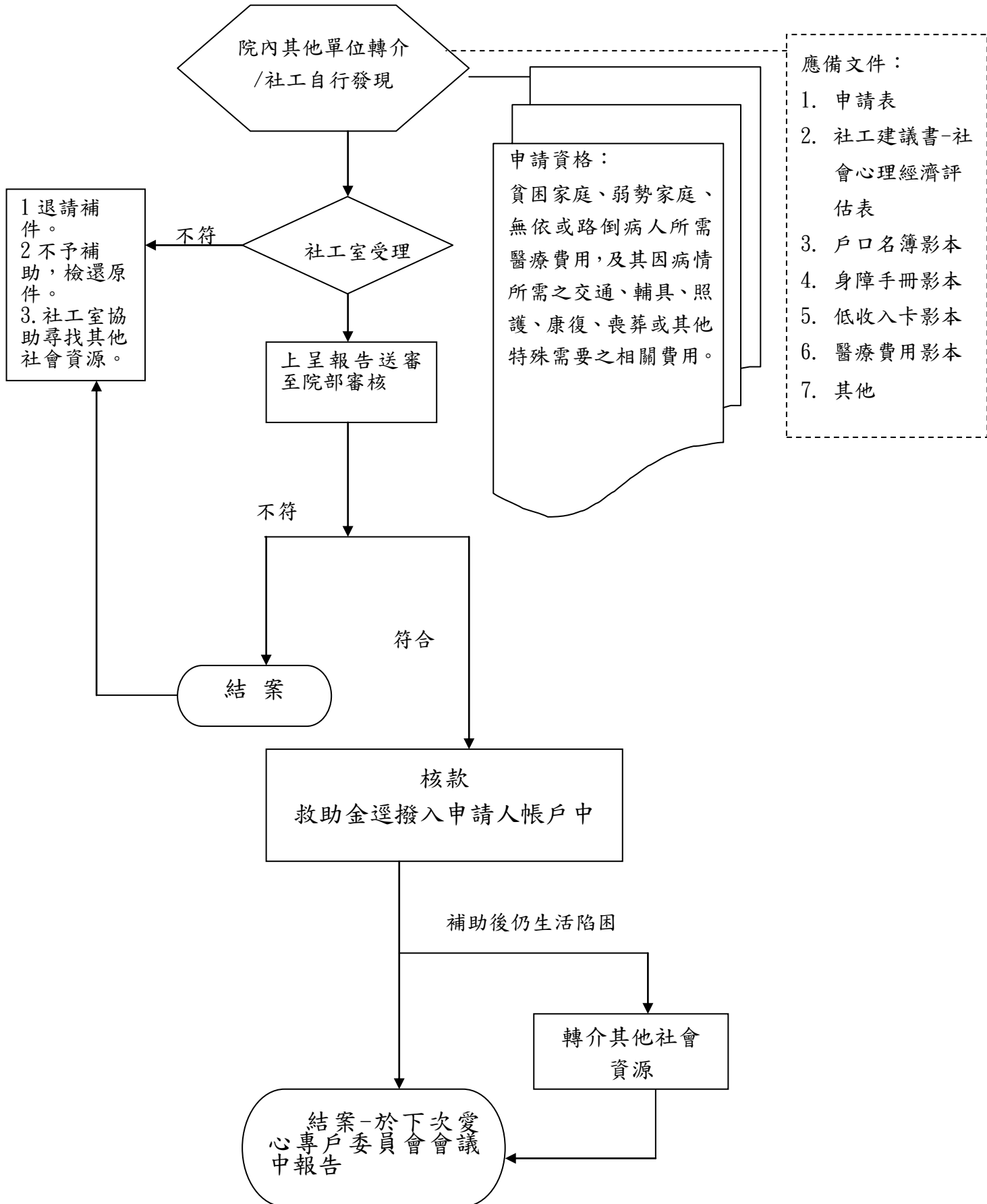


「宏恩愛心醫療濟助專戶」申請作業流程



「宏恩愛心醫療濟助專戶」急難救助申請表

申請人姓名		病 歷 號		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生年月日		身分證字號			
戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 市 鄉鎮 路 段 巷 弄 號 樓之 <input type="checkbox"/> 縣 市區 街				
居住地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 另列如下 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 市 鄉鎮 路 段 巷 弄 號 樓之 <input type="checkbox"/> 縣 市區 街				
聯絡電話			行動電話		
職業			身心障礙手冊	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
障別			程 度	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度	
身分別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 榮民 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 其他		重大傷病卡	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
聯絡人		關係		聯絡電話	

☆相關證明文件

- 戶籍謄本(近三個月)
- (申請者)身份證影本
- 醫療費用收據
- 財戶所得財產清單
- 申請人存摺封面影本(郵局或銀行)
- 其他：_____

申請補助費用：_____元

填表人簽章：_____ 申請人簽章：_____

中 華 民 國 年 月 日

