

衛生福利部補助 縣 鄉、鎮 (村)

原住民就醫及長期照護資源(含社福機構)使用交通費申請表暨領款單據

姓名		性別	男、女	年齡		族別	
地址			身分證字號			電話	
就診院所名稱		就診日期	就診院所名稱		就診日期		
1			6				
2			7				
3			8				
4			9				
5			10				
申請補助項目及金額		<p>*補助項目： 1.轉診 2.重大傷病 3.慢性疾病 4.緊急傷病 5.其他</p> <p>*補助標準： 1.原住民族地區第一級補助新台幣一千元整。 2.原住民族地區第二級補助新台幣六百元整。 3.蘭嶼至台東來回機票或船票(核實報銷)。</p>					
申請日期	疾病中文名稱	申請補助項目	領取金額	領款人簽章			
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

承辦人

護理(士)長

會計

機關首長

備註：原住民各族民族別代碼：A阿美族、B泰雅族、C排灣族、D布農族、E魯凱族、F卑南族、G鄒族、H賽夏族、I雅美族、J邵族、K噶瑪蘭族、L太魯閣族、Z其他。