

【安心醫泊】遠地醫療住宿補助申請書

申請日期

年 月 日

申請案號(※由本會填寫):

申請人	姓名		連絡電話	
	身份證字號		e-mail address	
	戶籍地址			
	居住地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址		
申請說明	就診醫院		預計住院期間	年 月 日起 年 月 日止
	病況簡述		預計住宿者	<input type="checkbox"/> 本人_____ <input type="checkbox"/> 陪伴就醫者 1 位_____ 姓名: 身份證字號: 現年: 歲 關係: (含本人及陪同家屬、限 2 位人、兒童列計)
申請人簽名	1. 本人保證上述所填各項資料及所附文件均屬實，並知悉提供不實資料及違反相關法令之後果，若有可歸責於己之事由，除繳回所領金額並自負一切法律責任。 2. 本人已被告知並同意有關住宿珮柏佳佳旅店期間之安全事宜，住宿者應遵循珮柏佳佳旅店之規範；相關人身、財物等損害事宜概與萬海航運慈善基金會無涉。 申請人簽名: _____ 關係: _____ (未簽名不予受理) (應由就醫者提出申請，若就醫者無行為能力，可由家屬代為提出申請)			
轉介單位	(請蓋單位印章)		轉介社工姓名: 電話: 傳真: email:	
資格申請文件檢核 (由社工填寫)	<input type="checkbox"/> 【安心醫泊】遠地醫療住宿補助申請書			
	<input type="checkbox"/> 個資同意書			
	<input type="checkbox"/> 戶口名簿影本 / 身分證影本			
	<input type="checkbox"/> 中低收證明 / 前如無時改以全戶財稅清單提供			
	<input type="checkbox"/> 可佐證就醫者住院安排之診斷證明或相關文件			
審查結果 (由本會人員填寫)	審查建議	<input type="checkbox"/> 通過資格審查 專案核准代碼: <input type="checkbox"/> 未通過資格審查		
	審查人員		批核人員	