

【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	☐ 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	☐ 本人_____ ☐ 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)
			預計入住期間	年 月 日起 年 月 日止
			住宿旅館意願順序 (請標示 1、2、3)	☐ 台北-陽光士林珮柏旅館 ☐ 台北-天閣酒店復興館 ☐ 台北-天雲旅棧中山館 ☐ 高雄-亞柏會館 ☐ 高雄-凱羅藝術大飯店
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專案合作旅館期間之安全事宜，住宿者應遵循專案合作旅館之規範；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)	☐ 【安心醫泊】遠地醫療住宿補助申請書 ☐ 個資同意書 ☐ 戶口名簿影本或戶籍謄本 / 身分證影本 ☐ (中) 低收入證明；如無，請改提供最近一年全戶財稅清單 ☐ 可佐證就醫者住院安排之診斷證明或相關文件 ☐ 其他			
審查結果 (由本會人員填寫)	審查建議	☐ 通過資格審查，專案核准代碼： ☐ 未通過資格審查		
	審查人員		批核人員	