

附表一

<h2 style="margin: 0;">雲林鄉親急難醫療專案費用補助申請表</h2>										
申請日期： 年 月 日										
申請人		性 別		身分證字號		電話				
		生 日		住 址						
代理人 申請人		與申請人 關係		身分證 字 號		電話				
		關 係		住 址						
申請人 資 格	<input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 最低生活費 1.5 倍以下且每人每 年動產限額 15 萬元及全戶不動 產限額 650 萬元			補助款入帳 郵局帳號	局號					
					帳號					
住 院 日 期	自 年 月 日起 至 年 月 日止計 日			申 請 人 簽 章						
				代 理 人 簽 章						
審核：(單位元)										
自行負擔醫療費用	不合補助金額	-	符合補助金額	=	符合補助金額	×	補助比例	=	核定補助金額	
鄉(鎮、市)公所初核簽章					財團法人台北市信華慈善基金會審核簽章					
承辦人	課長		鄉鎮市長		經辦	會計		負責人		