

「106年度弱勢族群排除就醫障礙補助計畫」申請清冊

編號	申請日期	姓名	性別	身分證字號	身份(請勾選)			診斷	各項申請金額							合計金額	
					低收入戶	中低收入戶	經濟困難或經濟弱勢		健保部分負擔	住院期間膳食費	偏遠地區交通費	掛號費	救護車費用	急診留觀費用	健保欠費		其他
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	

填表人：

單位主管：

會計室：

機關首長：

填表人聯絡電話：