

# 臺中市政府衛生局

## 114 年山地鄉地區個案聯合評估交通補助費 申請須知

- 一、依據：衛生福利部國民健康署「114 年度補助地方推動兒童發展聯合評估服務計畫」。
- 二、補助對象：現居於臺中市和平區，至臺中市醫療機構接受聯合評估（須取得綜合報告書）之兒童。
- 三、辦理時間：114 年 1 月 1 日起至同年 12 月 31 日止。
- 四、補助標準：
  - （一）個案到醫療機構接受聯合評估（包含醫師門診、治療師評估、回院領取綜合報告書）之時間，需於 114 年 1 月 1 日至同年 12 月 31 日期間，且於 115 年 1 月 3 日前將相關申請文件郵寄或親送至本局（請檢視所送文件內容、簽章是否符合資格及備妥，以免因退件影響權益）。
  - （二）依個案住家到醫療機構接受聯合評估（須取得綜合報告書）之單程距離計算（其實際距離認定，由地方政府衛生局為之）。
  - （三）補助 5 公里以上未滿 20 公里每次新臺幣（以下同）200 元、20 公里以上未滿 40 公里每次 600 元、40 公里以上每次 1,000 元，每名最高補助 3 次。
- 五、應備文件：
  - （一）申請表（附件 1）。
  - （二）請領領據（附件 2）。
  - （三）綜合報告書影本；如為回院領取綜合報告書，另檢據收據或證明影本。
  - （四）兒童之戶口名簿或戶籍謄本；居住地與戶籍所在地不同者，另檢具居住地村（里）長開立之居住事實證明。
  - （五）匯款帳戶之金融機構存摺封面影本；如檢附匯款帳戶非兒童本人、父母或監護人，請另檢附切結書（附件 3）。
- 六、申請方式：申請人持申請表、請領領據、綜合報告書影本、兒童之戶口名簿或戶籍謄本、匯款帳戶之金融機構存摺封面影本等文件（詳如申請須知「五、應備文件」），郵寄或親送至臺中市政府衛生局辦理請款手續。
- 七、申請人有虛偽不實或重覆申請本項補助款之情事，本局將依法追回已請領之補助費用。如有涉及刑事責任者，依法究辦。
- 八、本補助經費由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐支應，若經費用罄，停止受理本補助經費之申請。
- 九、本補助申請須知奉核後實施，修正時亦同。

臺中市政府衛生局  
114 年山地鄉地區個案聯合評估交通補助費申請表

兒童資料	姓名	身分證統一編號										
		出生日期	民國	年	月	日						
	戶籍地址	縣市	鄉鎮市區	路(街)	段	巷	弄	號	樓			
現居地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 臺中市 區 路(街) 段 巷 弄 號 樓											

申請人資料	姓名	身分證統一編號										
	與兒童關係	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 監護人(關係_____) <input type="checkbox"/> 其他_____			聯絡電話	(日)	(行)					
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同兒童 臺中市 區 路(街) 段 巷 弄 號 樓										

申請補助資料	聯合評估日期	申請金額		註 1：個案到醫療機構接受聯合評估之日期，需與綜合報告書呈現之日期一致。 註 2：依個案住家到醫療機構接受聯合評估(須取得綜合報告書)之單程距離計算。 註 3：補助 5 公里以上未滿 20 公里每次 200 元、20 公里以上未滿 40 公里每次 600 元、40 公里以上每次 1,000 元，每名最高補助 3 次。
	_____年_____月_____日	距離	交通費	
	_____年_____月_____日	公里	元	
	_____年_____月_____日	公里	元	
	_____年_____月_____日	公里	元	
	小計 共 次	共	元	
金融機構帳號	匯款銀行：_____ 匯款帳號：_____ 戶 名：_____			
申請應備文件	※若匯款帳戶非兒童之父母或監護人，須以主要照顧者為主，並請附切結書(附件 3)。 <input type="checkbox"/> 1.申請表 <input type="checkbox"/> 4.兒童之戶口名簿或戶籍謄本(或居住事實證明) <input type="checkbox"/> 2.請領領據 <input type="checkbox"/> 5.金融機構存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 3.綜合報告書影本 <input type="checkbox"/> 6.看診收據或證明影本(視需要) <input type="checkbox"/> 7.切結書(視需要)			

■ 本人已詳讀本表內容，各項資料及所附文件均屬實，並同意貴單位查調相關資料且確認兒童未領有相同性質之其他補助。如有違反上述情形，無條件繳回已受領之補助費用並願負法律責任。

中華民國 114 年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 申請人：\_\_\_\_\_ (簽名或蓋章)

# 領 據

茲收到「臺中市政府衛生局 114 年山地鄉地區個案聯合評估交通補助費」\_\_\_\_\_仟\_\_\_\_\_百元整。(經費來自菸品健康福利捐)

請用國字大寫，零、壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖

此致

臺中市政府衛生局

具領人

姓名：

(請簽名)

身分證字號：

地址：

中 華 民 國 年 月 日

(請貼上金融機構存摺封面影本)

若使用之帳戶非兒童、父母或監護人之帳戶者，需填寫此表。

## 切 結 書

立切結書人\_\_\_\_\_申請臺中市政府衛生局 114 年山地鄉地區個案聯合評估交通補助費，確因\_\_\_\_\_等原因，無法使用受補助之兒童（兒童姓名：\_\_\_\_\_）、父母或監護人之匯款帳戶，是故貴局該項補助款改以立切結書人之帳戶入帳，上述若與事實不符，願負一切法律責任，且繳回上述補助款項，特此具結。

此致

臺中市政府衛生局

立切結書人：

身分證字號：

與兒童的關係：

地址：

聯絡電話：

中 華 民 國 年 月 日