

臺中市政府衛生局 115 年度 藥癮弱勢族群戒治就醫補助計畫申請書

申請日期：115 年 月 日 衛生局收件日期：115 年 月 日

壹、申請人基本資料

1. 個案姓名：_____ 2. 出生年月日：民國____年____月____日

3. 聯絡電話：_____ 4. 身分證字號：_____

5. 戶籍地址：郵遞區號_____

6. 通訊地址：郵遞區號_____

7. 如何獲得此補助訊息：

衛生局 衛生所轉介 健保署 區公所轉介 醫院轉介 其他 _____

8. 申請補助項目：補助 115 年期間就醫費用（請勾選）

(1) 掛號費：健保及衛生福利部藥癮治療費用補助方案不給付之門診、急診及住院掛號費用。

(2) 丁基原啡因藥品費：扣除衛生福利部藥癮治療費用補助方案之丁基原啡因藥品費補助外，其他自付之藥品費用。

(3) 其他醫療自付費用：健保不給付及扣除衛生福利部藥癮治療費用補助方案之藥癮醫療補助項目費用，包含診察費、檢查或特殊檢查費、心理治療/諮詢費(個人或團體)、檢驗費、護理費、藥事服務費、醫療處置費、藥(品)費或藥品部分負擔等；但特殊用藥、特殊耗材、輔助器具等，不予補助。

註 1：為節省申請人郵寄費用、避免行政資源浪費，單次申請費用總額需達 1,500 元以上。

註 2：填寫資料若有塗改，請於塗改處加蓋申請人印章（金額處請勿塗改）。

註 3：當年度經費於計畫截止日前(12/10)或經費已用罄，將不再受理補助申請。

申請人簽章：_____

貳、代理申請委託書（自行申請者免填）

※申請人因故須由他人代理申請者，以其親屬為優先(並請提供親屬相關證明)；無親屬者，得由社工訪視員或村里長代為申請。但代理申請書需有申請人之親筆簽名或用印，並指定匯款帳戶。

本人_____因_____事由，無法親自向臺中市政府衛生局申辦115年藥癮弱勢族群戒治就醫補助，同意委由_____君代辦相關申請事宜，爰本人積欠醫院醫療費用無銀行、郵局存摺其他：_____，故同意本補助款匯入_____戶頭，戶名_____存簿帳號_____如存摺影本，屬實無訛，特立此書為據。

(一) 委託人(個案)：_____ (簽章)

身分證字號：_____

(二) 受委託人：_____ (簽章) 與個案關係：_____

身分證字號(統一編號)：_____

聯絡電話：_____

聯絡地址：_____

參、補助對象檢附資料(請勾選)

(1) 須設籍本市並檢附新(舊)式戶口名簿影本(加蓋私章)或近3個月內戶籍謄本或居留證或護照影本(為因應有健保身分之外籍人士)。

(2) 有下列情形之一者且未與政府既定之相關補助重覆得申請補助：(限115年度)

低收入戶正本。(其資格認定係依據社會救助法第4條規定)

中低收入戶正本。(其資格認定係依據社會救助法第4-1條規定)

其他由各級政府認定經濟困難並開立證明者(如中低收入老人生活津貼證明、身心障礙者生活補助證明等，由村里長開具清寒證明恕不認定)或街友、遊民安置證明。

(3) 藥癮弱勢族群就醫補助申請書及滿意度調查表各一份(共5頁)。

(4) 檢附需補助項目之相關證明資料(請勾選)

醫療費用明細收據正本。

其他：_____，收據正本遺失，未作他用。_____ (簽章)

(可檢附如醫療費用明細收據副本或門診費用證明書正本，俾利核對補助項目之證明。)

註：每次申請皆需附上檢附資料及申請書。

肆、申請補助項目及費用：

- 掛號費及其他醫療自付費用總計每人每年補助上限 15,000 元整，實際補助金額填寫請勿超過 15,000 元整。
- 丁基原啡因藥品費用每人每年補助上限為 4,000 元整，該項目實際補助金額填寫請勿超過 4,000 元整。

項目	金額（勿塗改）	檢附資料
掛號費		醫療費用明細收據正本(可與其他明細併於同一張收據)。
其他健保不給付之醫療自付費用		醫療費用明細收據正本(可與其他明細併於同一張收據)。
丁基原啡因藥品費		醫療費用明細收據正本(可與其他明細併於同一張收據)。
申請金額總計		
實際補助金額	新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整	

伍、是否符合申請補助要件(衛生局審核人員填寫)

(1) 符合補助 (2) 不符合補助原因：_____

承辦人員：

日期：115 年 月 日

主管人員：

陸、醫院代墊證明書

本人_____於 115 年 ___ 月 ___ 日至 115 年 ___ 月 ___ 日因傷、病就醫住院，需繳付醫療費計新臺幣 ___ 萬 ___ 仟 ___ 佰 ___ 拾 ___ 元整，出院時無法繳付由代墊，屬實無訛，特立此書為據。

領款單據

壹、經費支出事由：辦理臺中市政府衛生局 115 年度

一臺中市藥癮弱勢族群戒治就醫補助計畫費用領款單據

貳、收據：(金額處請勿塗改)

若使用親屬帳戶，請於姓名及身分證字號欄填寫申請人及親屬資料

姓名 (個案/親屬/醫院)	身份證字號 (統一編號)	補助金額	其他 所得	戶籍地址
			V	郵遞區號□□□□□□ 聯絡電話：
實際補助金額 新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整				
◎申請人簽章：				

參、帳戶資料

黏貼存摺影本

★填寫收據注意事項：

- 申請其他補助項目者；收據姓名處 2-1 倘若為個案，存摺戶名需為個案。
2-2 倘若為醫院，存摺戶名需為醫院。
2-3 倘若為親屬，存摺戶名需為親屬。
- 請黏貼帳戶存摺影本，帳戶存摺◎不可為救助專戶◎。

中華民國 115 年 月 日

★申請補助所提供之相關資料影印本(例如：居留證、護照或存摺…等)，倘有不實須負相關法律責任。

★申請補助審核通過後，就醫相關費用等收據核銷約需 1-2 個月之工作天。

★當年度經費於計畫截止日前(12/10)或經費已用罄，將不再受理補助申請。

★申請辦理弱勢藥癮個案就醫補助 請洽衛生局心理健康科

聯絡電話：0800-770-885 找分機 70567 李小姐 傳真：(04)2526-5303

郵寄地址：420206 臺中市豐原區中興路 136 號

★申請補助若有任何需要協助之處，歡迎您撥打本局服務專線，將有專人為您服務！

115 年度藥癮弱勢族群就醫補助

滿意度調查表

親愛的朋友，您好：

我們非常期望透過此調查，瞭解您在申請及接受服務的想法，以作為本局日後規劃辦理的參考，您的每一個意見都非常寶貴，敬請仔細填寫。謝謝您的合作與協助，並祝您健康快樂、快樂健康！

臺中市政府衛生局 敬上

您的性別：男 女 其他_____

您的年齡：20 歲以下 21-30 歲 31-40 歲 41-50 歲 51-60 歲 61 歲以上

您如何獲得此項補助資訊：醫療單位 民間機構 海報文宣 網站資訊 親友介紹 其他_____

主要成癮物質：海洛因 安非他命 大麻 K 他命 其他_____

申請項目：掛號費 丁基原啡因藥品費 其他醫療自付

申請機構：醫院：_____ 診所：_____

題目	非常 同意	同意	尚可	不 同意	非常 不同意
1. 此項補助提升我接受醫療戒治的意願					
2. 我希望藥癮弱勢補助能持續辦理					
3. 我對於藥癮弱勢補助的評價是正面的					
4. 醫院服務窗口之服務態度良好且說明淺顯易懂					
5. 我清楚藥癮是一種慢性疾病，需要長期治療					
6. 您在申請補助時是否遭遇何種困難？需要哪些協助？					
7. 若能持續辦理藥癮弱勢族群就醫補助，您希望擴大辦理哪個服務項目？或是增加哪個服務項目？					
8. 其他建議：					



非常感謝您的填寫！臺中市政府衛生局、臺中市毒品危害防制中心 關心您！



毒品危害防制中心諮詢專線：**0800-770885** (請請您、幫幫我)



臺中市政府毒品危害防制中心官方 LINE 帳號：**@yfh9327e** 或掃描左方 QRcode，



加入後傳送姓名即可諮詢