

澎湖縣政府補助急重症或病危返鄉病人空中轉診救護車費用申請表							
病患 資料	病患姓名		身分證字 號		電 話	(家用):	
						(手機):	
	戶籍地址						
	匯款郵局 局號或銀行 帳號						
申請人 資料	申請人		簽章		與病患關係		
轉送 日期/時間		搭乘救護車 起迄點		起點： 終點：			
轉送航空器： ☐ 內政部空中勤務總隊 ☐ C130運輸機 ☐ 本府合約廠商民間航空器 ☐ 其他國家資源航空 器_____							
搭乘 實際金額			補助金額依實際費用最高補助不 超過新臺幣三千八百元整				
應 備 文 件	☐ 1. 救護車費用統一發票或收據正本 ☐ 2. 病人郵局或銀行存簿封面影本 ☐ 3. 病人身分證影本。 ☐ 4. 如申請人非病患本人，請同時檢附申請人身分證正反面影本。 ※以上文件需具備完整 備註： 1. 若病人已死亡(除戶)，請備妥： ☐ (1) 死亡證明書 ☐ (2) 病人配偶或直系((祖)父母、(孫)子女)關係之存簿封面影印本 ☐ (3) 戶口名簿影本以證明與病患之關係 2. 若病患還無法申請身分證或存簿，請備妥： ☐ (1) 病人戶口名簿影本 ☐ (2) 申請人身分證或戶口名簿影本以證明與病患之關係 ☐ (3) 病人配偶或直系((祖)父母、(孫)子女)關係之存簿封面影印本						
衛生局 審核	☐ 符合。核定補助新臺幣三千八百元整。 ☐ 符合。核定補助新臺幣 仟 佰 拾 元 整 。 ☐ 不符合補助規定。 主辦人： 科長： 會計： 機關首長：						
備註	1. 申請人應於轉送日起三個月內檢具相關文件至澎湖縣政府衛生局申請，逾期不予受理。 2. 補助金額依實際使用救護車費用，每趟次最高補助金額不得超過新臺幣三千八百元。						