

【附表一】

南投縣政府家庭暴力被害人醫療補助及心理輔導費用申請表						
填表日期： 年 月 日						
申請人姓名	身分證字號		出生年月日			
	年齡		聯絡電話			
	戶籍地址		聯絡地址			
代理人姓名	身分證字號		出生年月日			
	年齡		聯絡電話			
	戶籍地址		聯絡地址			
代理單位	經辦人		聯絡地址		聯絡電話	
健保狀況		☐ 有健保 ☐ 已加入健保，但欠繳保費無法換卡 ☐ 從未加入健保 ☐ 健保卡遺失 ☐ 健保卡被扣留，被： ☐ 其他狀況：				
補助項目		☐ 醫療費用—項目： ☐ 心理輔導及治療費用—項目：				
切結證明	☐ 本人確無重複請領補助款，倘有隱瞞或不實，本人願負偽造文書及冒領公款等法律責任。 ☐ 本人曾請領 ☐ 醫療費用，金額： ☐ 個別心理輔導與治療費，金額： ☐ 夫妻或家族治療，金額： ☐ 團體心理治療，金額： ☐ 特殊境遇婦女傷病醫療補助，金額： ☐ 資產調查不符合補助規定時，本人願自費支付所申請之款項。 立切結書人： (簽章)			檢附證明文件	☐ 戶口名簿影本 ☐ 親賦證明 ☐ 資產調查表 ☐ 驗傷診斷書影本 ☐ 收據正本 ☐ 醫療/輔導費用明細表 ☐ 治療或輔導紀錄表 ☐ 其他：	
	☐ 本案符合規定，核定補助 費 萬 仟 佰 拾 元整。 ☐ 本案因 不符補助規定，擬不予補助。					
審核結果	縣		局		課	
	長		長		承辦人	