

國軍○○醫院醫療急難捐助款補助評估單

姓名		性別		出生日期	年	月	日
職業		病房號		病歷號			
戶籍							
住址				電話			
家庭狀況與結構				家 系 圖			
處理摘要							
轉介原因	☐ 失業 ☐ 突遭變故 ☐ 家庭/社會支持系統不足 ☐ 無健保身分 ☐ 緊急經濟困難影響就醫 ☐ 醫療費用龐大無力繳納 ☐ 疾病預後不佳喪失（暫時/永久）工作能力或生活功能 ☐ 其他_____						
檢附資料	一. 經濟貧困證明文件： ☐ 中低收入戶或低收入戶證明文件 ☐ 村、里長清寒證明 ☐ 經社工師（員）評估屬家中經濟突遭變故無須檢附此項資料 二. 身分證明文件 ☐ 國民身分證影本 ☐ 戶口名簿影本 ☐ 戶籍謄本影本 ☐ 其他_____						
轉介目的	☐ 補助醫療費用_____元整 ☐ 補助急難救助_____元整		社工師 (員)		轉介 時間		
社服室主任			主治醫師				