|  |
| --- |
| **嘉義縣政府及所屬各級機關學校公務人員執行職務意外受傷住院醫療補助申請表**附表一 |
| 申請人 |  (簽章) | 國民身分證統一編號 |  | 服務單位 |  | 職稱 |  |
| 事實經過 |  |
| 申請金額 | □全民健康保險以外自付之醫療費用新臺幣 元整：擬申請醫療補助新臺幣 元整。※註：1.不含看護(陪伴費)、病房費差額、救護車及隨車護理人員費用等非直接治療燒燙傷之費用。2.每人上限新臺幣10萬元整。 |
| 存摺帳號： |
| 證明文件 | □中央衛生主管機關評鑑合格地區醫院以上之醫院出具之診斷證明書正本1份(含於燒燙傷病房治療原因)□繳費收據正本1份□存摺影本1份□其他： |
| 服務單位證明事項 |  | 服務單位直屬主管核章 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 人事單位初核  | □本案經查其發生之事故合於發給醫療補助，理由如下：並擬請嘉義縣政府發給新臺幣 元整。□本案不符合發給醫療補助，理由如下： |
| 承辦人核章 |  | 人事主管核章 |  |

機關首長(核章)：

中 華 民 國 年 月 日