

新北市政府家庭暴力及性侵害被害人驗傷醫療補助申請表

申請個案 基本資料欄	姓名：_____			
	身分證統一編號：_____			
	出生日期：民國_____年_____月_____日			
	戶籍地址：新北市_____			
	居住縣市： <input type="checkbox"/> 新北市_____區 <input type="checkbox"/> 其他：_____縣_____市			
申請人簽章 (可蓋手印)	_____ (須 <small>申請人本人、法定代理人 其他執行專業保護事務者</small> 簽章) 本人未能 <small>簽章原因</small> ：_____			
申請日期	民國_____年_____月_____日			
專案申請欄 (本欄由掛帳醫院填寫)	※申請需經中心核准項目及申請補助金額超過新臺幣5,000元整，請務必填寫此欄並註明原因，否則無法進行審核撥款。 項目—_____			
	金額—_____			
	原因—_____			
	(請詳述) _____ _____ _____			
	醫院名稱：_____			
	承辦人：_____			
中心審核欄 (本欄由本中心填寫)	<input type="checkbox"/> 符合，核定補助額度同申請金額。			
	<input type="checkbox"/> 符合，核定補助_____元			
	<input type="checkbox"/> 不符合，原因：			
	承辦人	組長	副主任	主任

※醫院申請前請確認已進行通報。線上通報關懷 e 起來(網址：<https://ecare.mohw.gov.tw/>)；

本中心通報傳真號碼02-2969-3701，電話 02-8965-3359 #2306

※醫療補助業務承辦人02-8965-3359 #2412