**(附件八)**

|  |
| --- |
| **金門縣返鄉安寧照護包機補助申請表**  **年 月 日** |
| **病患姓名****身分證字號** | **（蓋章）** | **申請人姓名****身分證字號** | **（蓋章）** | **與病患****關係** |  |
| **申請人住址** |  | **聯絡電話** | **（公）****（宅）** |
| **診斷病症** |  |
| **病患****設籍地址** |  | **有關證明文件** | 醫療機構開具之病危通知單或病危診斷證明書、申請搭機人員名單、航空公司開具收據、病患身分證明 |
| **補助金額** | **新台幣 貳拾貳萬伍仟 元整** |
| **備註** | **當事人發生事實之時設籍本縣者。** |
| **敬 陳****金門縣衛生局****承辦人： 課長： 會計： 局長：** |