**(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：** | | | | | | | | | |