

## 彰化縣性侵害被害人補助申請表 填表日期： 年 月 日

申請項目：非屬全民健康保險給付範圍之醫療費用 非屬全民健康保險給付範圍之心理復健費用  
訴訟費用 律師費用 緊急生活扶助費用 其他經本府評估認有必要之費用

申請人：案件當事人 法定代理人 執行專業機構或人員\_\_\_\_\_ 其他\_\_\_\_\_

當事人姓名		性別		出生日期	年 月 日	年齡	歲
當事人國籍別	<input type="checkbox"/> 本國籍非原住民 <input type="checkbox"/> 大陸籍(含港澳)	<input type="checkbox"/> 本國籍原住民 <input type="checkbox"/> 外國籍_____		身分證字號 或居留證號			
戶籍地址						電話	
執行專業機構/人員	單位名稱： 統一編號(或身分證號)：		執行人員姓名： 職 稱：				

各類檢附文件 (粗體為必附文件)	醫療(含藥毒物鑑驗)費用		心理復健費用		
	<input type="checkbox"/> 領(收)據正本 <input type="checkbox"/> 驗傷診斷書(/藥毒物檢驗報告)影本 <input type="checkbox"/> 醫療費用明細表 <input type="checkbox"/> 受款人/執行單位銀行帳戶資料 <input type="checkbox"/> 個案身分證明文件 <input type="checkbox"/> 醫療費用補助清冊 <input type="checkbox"/> 切結書		<input type="checkbox"/> 心理復健紀錄摘要表及個案簽到證明 <input type="checkbox"/> 心理師、諮商或醫療機構領(收)據正本 <input type="checkbox"/> 受款人/執行單位銀行帳戶資料 <input type="checkbox"/> 個案身分證明文件 <input type="checkbox"/> 心理師證書/執業證照 <input type="checkbox"/> 精神相關科別醫師診斷書影本 <input type="checkbox"/> 切結書(非個案本人受款須附)		
	訴訟費用、律師費用		緊急生活扶助費用		其他費用
	<input type="checkbox"/> 委任狀、起訴狀或判決書影本 <input type="checkbox"/> 領(收)據正本 <input type="checkbox"/> 受款人/執行單位銀行帳戶資料 <input type="checkbox"/> 個案身分證明文件 <input type="checkbox"/> 切結書(非個案本人受款須附)		<input type="checkbox"/> 社工員評估報告 <input type="checkbox"/> 個案領據 <input type="checkbox"/> 受款人銀行帳戶資料 <input type="checkbox"/> 個案身分證明文件 <input type="checkbox"/> 切結書(非個案本人受款須附)		<input type="checkbox"/> 社工員評估報告 <input type="checkbox"/> 個案領據 <input type="checkbox"/> 受款人銀行帳戶資料 <input type="checkbox"/> 個案身分證明文件 <input type="checkbox"/> 切結書(非個案本人受款須附)

一、當事人或法定代理人同意社工師(員)得依本項補助案件逕行調閱全戶人口戶籍資料，或向執行保護工作單位取得相關資料。

二、當事人或法定代理人向社工師(員)所陳述內容皆屬實，若有不實，願繳回補助款並負法律責任。

當事人或法定代理人切結(簽章)：\_\_\_\_\_

(申請驗傷採證之醫療費用補助當事人可免簽)

初審	主責社工師(員)		督導	
複審	是否曾獲本辦法補助： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(如下列)： <input type="checkbox"/> 醫療費用_____元 <input type="checkbox"/> 律師費用_____元 <input type="checkbox"/> 訴訟費用_____元 <input type="checkbox"/> 心理復健費用_____元 <input type="checkbox"/> 緊急生活扶助費用_____元 <input type="checkbox"/> 其他費用或補充說明：			
	<input type="checkbox"/> 符合補助： 醫療費用_____元/律師費用_____元/訴訟費用_____元 心理復健費用_____小時，每時_____元，計_____元/其他費用_____元 緊急生活扶助費用_____個月，每月_____元，計_____元			
	<input type="checkbox"/> 不符合補助，原因：			
	承辦人/督導	科長	副處長	處長