**衛生福利部澎湖老人之家心理諮商輔導補助申請表**

申請日期：　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 服務單位 | 職稱 | 姓名 | 電話 |
|  |  |  | 公：宅： |
| 本年度 | 諮商機構名稱 | 諮商日期 |
| □第1次申請□第2次申請□第3次申請 |  |  年 月 日 |
| 申請補助金額 | 補助費用匯入資訊：**請提供存摺影本** | 申請人簽名 |
| 新台幣　　　　元整**(請檢附費用收據正本)** |  |

附註：

1. 申請人請填寫本表並檢附相關資料後，密送人事機構辦理核銷作業。
2. 收件後核銷流程以密件方式處理：申請人資訊將以編號取代，核銷之收據遮隱個人資料，補助金額由人事機構逕行辦理轉帳作業。
3. 諮商機構以國內公立醫療機構或財(社)團法人設立之醫療機構為限。
4. 補助項目以「諮商費」為限，每次以補助2,000元為上限，每人每年最多補助3次。請同仁先行自付費用，於諮商後30日內申請補助。掛號費不予補助，請自行負擔。
5. 當事人會談相關資料均存放接案單位，並謹守保密原則。