

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。