

屏東縣政府 函

地址：900219屏東縣屏東市自由路527號
承辦人：劉全貴
電話：08-7320415#3674
傳真：08-7323291
電子信箱：a002303@oa.pthg.gov.tw

受文者：屏東縣立至正國民中學

發文日期：中華民國112年11月8日

發文字號：屏府教前字第11265460700號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：複檢費補助申請名冊、必要矯治費補助申請名冊
(4767705_11265460700_1_4767705_11265460700_1.odt、
4767705_11265460700_1_4767705_11265460700_2.odt)

主旨：有關「本縣112學年度國民中小學學生健康檢查」結果異常之低收入戶及中低收入戶學生複檢與必要矯治費用補助一案，請依說明辦理，請查照。

說明：

- 一、依據「屏東縣112學年度國民中小學學生健康檢查實施計畫」及萬隆國小112年11月2日屏新隆教字第1120100063號函辦理。
- 二、請各校依據「屏東縣112學年度國民中小學學生健康檢查實施計畫」第捌點第二項第(二)款及第(三)款，清寒學生因檢查結果異常轉介醫院複檢及必要矯治費用補助原則辦理。
- 三、凡具有低收入或中低收入戶資格之學生，因檢查結果異常轉介至醫療院所複檢或必要診療費用，請各校列冊(如附件一)，並檢附複檢收據副本或正本，及學校統一領款收據(補助機關請書名：屏東縣新埤鄉萬隆國民小學；補助項

目：屏東縣112學年度國民中小學學生健康檢查複檢補助款)，於113年2月23日前逕寄(送)屏東縣新埤鄉萬隆國民小學(925屏東縣新埤鄉萬隆村中山路126號)祝玉麟校長。

- 四、每生複檢負擔金額部分採實支實付補助，最高每項補助金額新台幣400元整，並以不超過2項為準。
- 五、每生因發現重大異常需進行手術或持續性治療（不含配鏡、假牙、植牙等費用），得由學校協助專案申請醫療補助或其他醫療福利互助補助（如學生平安保險、學產基金）。不足部分請各校列冊(如附件二)，並檢附醫療收據副本或正本，及學校統一領款收據(補助機關請書名：屏東縣新埤鄉萬隆國民小學；補助項目：屏東縣112學年度國民中小學學生健康檢查必要矯治補助款)，於113年3月31日前逕寄(送)屏東縣新埤鄉萬隆國民小學(925屏東縣新埤鄉萬隆村中山路126號)祝玉麟校長。
- 六、本案為減輕家長負擔，無須繳驗低收入戶及中低收入戶證明，請各校依學務系統名冊核實檢核，非低收入戶及中低收入戶學生請勿列冊申請，若有資格不符經主(審)計單位審核剔除者請自行負責。
- 七、如有相關問題請電洽祝玉麟校長，電話：7870191轉11，或本府教育處承辦人。

正本：各高國中、各國小

副本：本府教育處學前教育科



本案依分層負責規定授權業務主管決行

屏東縣 112 學年度國民中小學學生健康檢查清寒學生補助款申請名冊

申請學校：_____

申請項目：清寒學生複檢費

班級	姓名	身分別	複檢科別	申請費用	就醫院所
		<input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 中低收			
		<input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 中低收			
		<input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 中低收			
		<input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 中低收			
		<input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 中低收			
		<input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 中低收			
		<input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 中低收			
		<input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 中低收			
		<input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 中低收			
		<input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 中低收			
		<input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 中低收			
		<input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 中低收			
		<input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 中低收			
		<input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 中低收			
		<input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 中低收			
		<input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 中低收			
		<input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 中低收			
		<input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 中低收			
合計(新台幣)					

承辦人：

主任：

校長：

連絡電話：

1. 本案採實支實付，最高補助兩項，每項最高 400 元。
2. 本案為減輕家長負擔，無須繳驗低收入戶及中低收入戶證明，請各校依學務系統名冊核實檢核資格審查，若有資格不符經主(審)計單位審核剔除者請自行負責。
3. 本表請檢附複檢收據副本或正本，及學校統一領款收據(補助機關請書名：屏東縣新埤鄉萬隆國民小學；補助項目：屏東縣 112 學年度國民中小學學生健康檢查複檢費補助款)，於 113 年 2 月 23 日前逕寄(送)屏東縣新埤鄉萬隆國民小學(925 屏東縣新埤鄉萬隆村中山路 126 號)祝玉麟校長。

屏東縣 112 學年度國民中小學學生健康檢查清寒學生補助款申請名冊

申請學校：_____

申請項目：清寒學生必要矯治費

班級	姓名	身分別	是否申請學產基金	矯治科別	申請費用	就醫院所
		<input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 中低收	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
		<input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 中低收	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
		<input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 中低收	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
		<input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 中低收	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
		<input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 中低收	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
		<input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 中低收	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
		<input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 中低收	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
合計(新台幣)						

承辦人：

主任：

校長：

連絡電話：

1. 本案請學校先協助專案申請醫療補助或其他醫療福利互助補助（如學生平安保險、學產基金），不足部分再申請本案。採實支實付，最高補助 5,000 元。
2. 本案為減輕家長負擔，無須繳驗低收入戶及中低收入戶證明，請各校依學務系統名冊核實檢核資格審查，若有資格不符經主(審)計單位審核剔除者請自行負責。
3. 本表請檢附醫療收據副本或正本，及學校統一領款收據(補助機關請書名：屏東縣新埤鄉萬隆國民小學；補助項目：屏東縣 112 學年度國民中小學學生健康檢查必要矯治費補助款)，於 113 年 3 月 30 日前逕寄(送)屏東縣新埤鄉萬隆國民小學(925 屏東縣新埤鄉萬隆村中山路 126 號)祝玉麟校長。