

# 臺南市政府衛生局 114 年度酒癮治療費用補助方案轉介單

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 轉介來源     | 一、執行法律規定之成癮治療：<br><input type="checkbox"/> 法院裁定 <input type="checkbox"/> 少年及家事法院 <input type="checkbox"/> 地檢署 <input type="checkbox"/> 家防中心<br><input type="checkbox"/> 更保系統<br>二、醫院轉介：<br><input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 精神(或成癮治療)科門診就診或病房轉介<br><input type="checkbox"/> 非精神(或成癮治療)科門診或病房轉介，科別_____                                                                                                                                  |
| 轉介來源單位   | 三、網絡單位轉介：<br><input type="checkbox"/> 監理單位 <input type="checkbox"/> 教育單位 <input type="checkbox"/> 矯正機關 <input type="checkbox"/> 監理站 <input type="checkbox"/> 勞政單位<br><input type="checkbox"/> 警政單位 <input type="checkbox"/> 社政單位( <input type="checkbox"/> 家庭暴力暨性侵害防治中心<br><input type="checkbox"/> 社會福利服務中心)<br>四、衛政單位轉介： <input type="checkbox"/> 衛生局 <input type="checkbox"/> 衛生所 <input type="checkbox"/> 心理衛生中心<br>五、 <input type="checkbox"/> 其他_____ |
| 轉介戒治醫療院所 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 轉介日期     | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 轉介原因     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 姓名：      | 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生年月日： 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 身分證字號：   | 聯絡電話：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 居住地址：    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

本人\_\_\_\_\_同意至\_\_\_\_\_ (機構)參與衛生福利部 114 年度「酒癮治療費用補助方案」醫療處置，並遵守本方案之補助規定，且承諾無重複申請其他醫療機構或接受其他方案(計畫)之相同補助，如有不實，願意繳回重複請領補助之款項。

## ➤ 符合補助項目(請勾選)

1. ☐自願接受酒癮治療者(不含轉介執行法律規定之酒癮治療)。

2. ☐執行法律規定之酒癮治療(需檢附經濟困難證明)：

☐緩刑附帶條件 ☐緩起訴附命戒癮治療 ☐禁戒處分 ☐受酒駕吊銷駕駛執照重新申請考照。

➤ 檢附證明文件(不含清寒證明)：☐低收入戶 ☐中低收入戶 ☐其他經地方政府單位開立之經濟困難相關證明。

3. ☐家防基金補助對象：法院裁定家庭暴力加害人處遇計畫之戒酒治療或戒酒教育(屬法院裁定之家暴個案不論是否屬經濟弱勢，均由家防基金補助及核銷)。

➤ 補助額度、項目及標準：每人每年度(1月1日至12月31日)累計補助額度

以 4 萬元為限，補助時間：即日起至年度「酒癮治療服務方案」計畫補助經費用罄。(公務預算與家防基金合併計算)。

➤ 酒癮補助醫療單位/看診時間/醫師(請轉介人員於勾選處欄位勾選，並蓋轉介人員職章)

轉介單位：\_\_\_\_\_ 轉介人員：\_\_\_\_\_ 連絡電話：\_\_\_\_\_

(相關門診表時間仍依各家醫院公告為主)

| 勾選處 | 醫療院所                 | 星期一                                                     | 星期二                                        | 星期三                                                                       | 星期四                                                              | 星期五                                                     | 星期六                                |
|-----|----------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------|
|     | 奇美醫療<br>財團法人奇美醫院     | 晚間<br>17:00-20:30<br>鄭琬霖醫師                              |                                            |                                                                           | 下午<br>13:30-17:00<br>鄭琬霖醫師<br>(114.02.01 起)                      | 上午<br>9:00-12:00<br>張志誠醫師<br>下午<br>13:00-16:30<br>鄭琬霖醫師 | 上午<br>9:00-12:00<br>鄭琬霖醫師<br>謝光燭醫師 |
|     | 奇美醫療財團法人<br>奇美醫院樹林院區 | 下午<br>13:30-17:00<br>張志誠醫師                              | 下午<br>13:30-17:00<br>張志誠醫師                 |                                                                           | 下午<br>13:30-17:00<br>鄭琬霖醫師<br>(114.01.31 止)                      |                                                         |                                    |
|     | 國立成功大學<br>醫學院附設醫院    |                                                         |                                            | 上午<br>9:00-12:00<br>王姿云醫師<br>下午<br>13:30-17:00<br>魏士郁醫師                   |                                                                  | 上午<br>9:00-12:00<br>蔡宗諭醫師                               |                                    |
|     | 奇美醫療財團法人<br>柳營奇美醫院   |                                                         | 上午<br>9:00-12:00<br>林進嘉醫師<br>(114.02.28 止) | 上午<br>9:00-12:00<br>鄭琬霖醫師<br>(每月第三周停診)                                    |                                                                  |                                                         |                                    |
|     | 衛生福利部<br>嘉南療養院       | 上午<br>9:00-12:00<br>郭宇恒醫師<br>下午<br>14:00-17:00<br>張耿嘉醫師 | 上午<br>9:00-12:00<br>張耿嘉醫師<br>沈正哲醫師         | 上午<br>9:00-12:00<br>沈正哲醫師<br>李柏鋒醫師<br>下午<br>14:00-17:00<br>沈正哲醫師<br>劉佩琪醫師 | 上午<br>9:00-12:00<br>郭宇恒醫師<br>下午<br>14:00-17:00<br>劉佩琪醫師<br>李柏鋒醫師 | 上午<br>9:00-12:00<br>李柏鋒醫師                               |                                    |

➤ 臺南市酒癮戒治醫療院所連絡電話及地址

| 醫療院所              | 連絡電話       | 地 址              |
|-------------------|------------|------------------|
| 國立成功大學醫學院附設醫院     | 06-2353535 | 臺南市北區勝利路 138 號   |
| 奇美醫療財團法人奇美醫院      | 06-2812811 | 臺南市永康區中華路 901 號  |
| 奇美醫療財團法人奇美醫院樹林院區  | 06-2228116 | 臺南市南區樹林街二段 442 號 |
| 衛生福利部嘉南療養院        | 06-2795019 | 臺南市仁德區裕忠路 539 號  |
| 臺南市立安南醫院(非適用補助方案) | 06-3553111 | 臺南市安南區長和路二段 66 號 |
| 奇美醫療財團法人柳營奇美醫院    | 06-6226999 | 臺南市柳營區太康里 201 號  |

備註：

- 轉介人員請務必蓋職章。
- 請民眾務必攜帶下列文件和證件，依時間至指定醫療機構報到。
  - (1)臺南市政府衛生局\_114年度酒癮治療費用補助方案轉介單正本
  - (2)健保卡
- 相關問題可撥打臺南市政府衛生局酒癮戒治專線 06-2679751 轉 168。