臺中市毒品危害防制中心 參與美沙冬替代療法補助計劃申請書

為協助海洛因成癮者回歸正常生活及減少長期施打毒品對毒癮者及家庭的危害，提供戒毒管道，以口服之美沙冬做為一級毒品海洛因的替代療法，期待用毒朋友勇敢跨出接受治療的第一步。為符合審核程序，以下注意事項及問題請務必詳讀與填寫，若經查證填寫內容不屬實，本中心將不予以補助，謝謝您。

注意事項：

ㄧ、為求本補助經費之公平性，申請人僅限本人，並須設籍為本縣居民者方可提出

補助申請。

二、本補助計劃補助戒毒醫療費用（含門診及住院）每人新台幣16,000元整。

三、因受限於本補助計劃經費之預算額度，本中心將依據申請人提出申請書面文件

（本申請書及申請人身分證影本）之申請日期排定補助優先順序，至補助名額額

滿為止。

四、本中心依據申請人提交文件進行審核，若經本中心審核通過，本中心將以公文

通知前往本縣毒品犯戒毒醫療執行合約醫療院所進行評估工作。

五、敬請依公文指定時間前往指定執行合約醫療院所，逾期未前往者以棄權論，本

中心將不予以補助。

－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－

申請人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 性別：□男 □女

身分證號碼：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 出生年月日：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 手機：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

戶籍地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

居住地址：□同上 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

美沙冬替代療法戒治調查：

（1） □本人曾參加美沙冬替代療法戒治（請回答下列選項及第二題）

□童綜合社團醫療法人附設童綜合醫院 □國軍台中總醫院

□行政院衛生署豐原醫院 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□本人不曾參加美沙冬替代療法戒治（不需回答第二題）

（2） □為自費方式參加美沙冬替代療法戒治

□為補助方式參加美沙冬替代療法戒治

|  |  |
| --- | --- |
| 請黏貼身分證影本（正面） | 請黏貼身分證影本（反面） |