

財團法人中華民國兒童癌症基金會醫療及生活補助申請表 2016.03 版

各位敬愛的醫療先進們大家好：

感謝大家長期對癌症病童們的關照，孩子們除了能接受最優秀的醫療專家治療外，也在社會大眾的支持下，讓癌童們獲得醫療與社會關懷緊密銜接的醫療網。兒癌基金會每一分捐款都是來自台灣人民對孩子們的愛心，與對基金會的信任。當您們評估癌童及其家庭有醫療經濟上的需求時，歡迎您隨時與我們聯繫。

再次感謝您本著醫療專業的評估，謹慎思考每一份善款運用在最適宜的補助上。

中華民國兒童癌症基金會 敬上

姓名		身分證字號		出生日期	
就醫醫院		病歷號碼		申請日期	
聯絡電話	父：		母：		
通訊地址	□□□□□				
聯絡人（清楚正楷書寫）				與癌童關係	
補助支票抬頭人（清楚正楷書寫）	<input type="checkbox"/> 同聯絡人 <input type="checkbox"/> 不同聯絡人：				
治療現況：（視同診斷證明書，請主治醫師填寫）：					
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 家庭月收入約 _____ 元；</li> <li>● 家庭每月額外支出項目（每月約 _____ 元） <input type="checkbox"/> 房屋貸款或房租    <input type="checkbox"/> 負債    <input type="checkbox"/> 其他 _____</li> </ul>					
1、醫療費用補助項目 <input type="checkbox"/> 義具（義肢或義眼） <input type="checkbox"/> 醫材 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 造血幹細胞移植 <input type="checkbox"/> 其他 _____ （以上皆需檢附醫療費用單據、低收入（中）證明，未有低收入（中）證明者，請附上最近一年所得/財產證明）					
2、藥物補助項目 <input type="checkbox"/> IVIG <input type="checkbox"/> 非健保給付之化學藥 _____ <input type="checkbox"/> 非健保給付之標靶藥 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____ （以上皆需檢附醫療費用單據、低收入（中）證明，未有低收入（中）證明者，請附上最近一年所得/財產證明）					
3、 <input type="checkbox"/> 大額醫療補助專案（單次申請基金會補助金額為 10 萬元以上，需檢附治療狀況摘要說明表（基金會提供之表格）、醫院轉介單、家庭所得證明、戶籍謄本、醫療費用單據，請於醫療產生 7 日前送達本會，且需經本會之醫療補助審核委員會通過）。					
4、 <input type="checkbox"/> 急難救助項目，請自行填寫急難救助項目名稱 _____（例如：喪葬費、生活急難金） （需檢附低收入（中）證明，未有低收入（中）證明者，請附上最近一年所得/財產證明且視申請項目提出相關證明）					
5、 <input type="checkbox"/> 經濟弱勢生活補助金（每月補助 10,000 元，半年評估一次，需檢附轉介單、家庭所得證明、存摺影本）					
申請補助原因（以上任一補助，皆需填寫原因）：					
社工師請簽名：					
核定補助金額（此欄由基金會填寫）：新台幣 _____ 萬 _____ 仟元正					
執行長		會務主任		承辦人	