

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 2017.11 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

凡向本會申請補助者，本會將視情況關懷訪視，如拒絕或有與本會辦法規定事項不符者，本會得取消申請資格。

姓名	身份證字號	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：		
診斷及治療現況：（視同診斷證明書，請主治醫師填寫）：			
● 家庭月收入約 _____ 元； ● 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 _____			
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、最近一年所得證明及不動產證明、全戶戶籍謄本，若有（中）低收入證明需檢附）			
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 _____ <input type="checkbox"/> TPOG 標準治療用藥 Protocol 名稱 _____ 自費藥物名稱 _____ （1. 以上皆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、最近一年家庭所得證明及不動產證明、全戶戶籍謄本、醫療費用單據 2. 若該療程擬申請補助費用大於 30 萬元，請於醫療產生 7 日前將治療狀況摘要說明表送達本會，且需經本會之醫療補助審核委員會通過）			
3. <input type="checkbox"/> 急難救助項目，請自行填寫急難救助項目名稱 _____ （例如：生活急難金、喪葬關懷慰問金） （以上需檢附全戶戶籍謄本、重大事故證明資料、最近一年家庭所得證明及不動產證明，若有（中）低收入證明需檢附）			
4、 <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）：			
個案是否申請其他資源，請說明：		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		承辦人	
	會務主任		