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2024.04版

敬愛的醫療先進們大家好：

感謝大家長期對癌症兒童們的關照，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，獲得醫療與社會關懷緊密銜接的醫療網協助。兒癌基金會每一分捐款都是來自社會大眾對孩子們的愛心，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，將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**） | | | * 同聯絡人 □ 不同聯絡人： | | | | | | | | |
| 診斷及治療現況：（視同診斷証明書，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）□房屋貸款或房租 □負債 □其他 | | | | | | | | | | | |
| 1、**醫療費用補助項目** □義具（義肢或義眼） □眼球、肢體摘除關懷慰問金  □醫材 □放射線 □造血幹細胞移植 □其他  □影像費用(單筆費用: 份數: 總金額: 拷貝日期: 醫師簽章: ) | | | | | | | | | | | |
| 2、**藥物補助項目** □IVIG □非健保給付之化學藥  □非健保給付之標靶藥 □其他  □TPOG標準治療用藥 Protocol名稱 自費藥物名稱 | | | | | | | | | | | |
| 3、□**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) | | | | | | | | | | | |
| 4、□**經濟弱勢生活補助金**（隔月是否續補需經評估） | | | | | | | | | | | |
| 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： | | | | | | | | | | | |
| ※注意事項：   1. 申請以上各項費用補助皆需檢附：醫院轉介單、最近一年全家所得證明（含動產、不動產）、全戶戶籍謄本、其它證明如（中）低收或特殊家庭證明、身心障礙證明。 2. 申請醫療及藥物費用補助需加檢附：醫藥費用單據。若該療程擬申請補助費用大於三十萬元，請於醫療產生七日前將治療狀況摘要說明表(基金會提供之表格)送達本會，且需經本會之醫療補助審核委員會通過，方得申請之。 3. 申請急難救助需加檢附：重大事故證明資料。 4. 申請經濟弱勢生活補助需加檢附：存摺封面影印本。 5. 申請TPOG標準用藥僅需檢附此申請表及醫療費用單據，餘則免付。 6. 申請眼球、肢體摘除關懷慰問金需填本會申請表及診斷證明書，餘則免附。 7. 申請影像費用僅需由本會向主治醫師確認費用產生，請醫師於申請表上蓋章即可作申請。 | | | | | | | | | | | |
| 核定補助金額（此欄由基金會填寫）：新台幣 | | | | | | | | | | | |
| 執行長 |  | | | 會務主任 | |  | | | 承辦  人 |  | |