

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 2020.09 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）	<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"/> 眼球、肢體摘除關懷慰問金 _____ <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 _____ <input type="checkbox"/> 影像費用（份數：_____ 拷貝日期：_____ 醫師簽章：_____）					
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 _____					
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）					
4、 <input type="checkbox"/> 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）低收入或特殊家庭證明、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。					
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	