

銀髮南鄉 就醫無礙

癌症病友就醫交通補助申請表

主辦單位  台灣癌症基金會

贊助單位  富邦人壽

填表日期： 年 月 日

申請資格：

- ① 60歲以上癌友 ② 住家距離醫療院所10公里以上 ③ 每月回診治療至少一次 ④ 經濟弱勢，須由本會評估審核

<input type="checkbox"/> 自行申請
<input type="checkbox"/> 院所團體轉介，轉介單位 _____ 承辦人 _____
聯絡電話 _____ email _____

個案摘要	姓名 _____ 性別 _____ 出生日期 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	住家電話 _____ 行動電話 _____
	聯絡人姓名 _____ 關係 _____ 聯絡電話 _____
	聯絡地址：此為接送地址，單程需與醫院距離10km以上 □□□

診斷與治療	癌別 _____ 期別 _____ 轉移位置 _____
	診斷時間 民國 _____ 年 _____ 月 癌症復發 民國 _____ 年 _____ 月
	手術切除 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，次數 _____ 時間 民國 _____ 年 _____ 月(最近一次)
	目前治療方式
	<input type="checkbox"/> 化學治療，開始於民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日， _____ 週 _____ 次，共 _____ 次。 <input type="checkbox"/> 標靶治療，開始於民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日， _____ 週 _____ 次，共 _____ 次。 <input type="checkbox"/> 放射線治療，開始於民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日， _____ 週 _____ 次，共 _____ 次。 <input type="checkbox"/> 其他治療方式為 _____，開始於民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日， _____ 週 _____ 次，共 _____ 次。

申請文件 (請於申請時再次確認資料是否備齊)

- 1 銀髮南鄉就醫無礙癌症病友就醫交通補助申請表
- 2 全戶戶籍謄本(申請日期6個月內)或戶口名簿影本乙份
- 3 申請人身份證(正反面)影印本乙份
- 4 診斷證明書正本乙份(須註明確診癌別、確診日期與治療狀況等細項)
- 5 政府核定之低收入/中低收入戶證明正本或村里長核發之清寒證明正本乙份(須有效期限內或申請日期6個月內)
- 6 其它附件資料如：身心障礙手冊影本(如有辦理請檢附)

撥款帳戶	戶名 _____ 銀行 _____ 分行 _____
	帳號 _____

申請人同意財團法人台灣癌症基金會為評估及提供後續服務，可進行電話、家庭訪問、處理或運用個人資料，如不同意及配合者恕難提供補助。申請人提供之資料僅限於本方案使用，您的個人資料及隱私，會依我國相關法令保護。

申請人簽名或簽章

簽核	督導 _____	主管 _____	承辦人員 _____
匯款金額	第一次撥款日期 _____	第二次撥款日期 _____	_____