



就醫交通補助
康復之路不再遙遠

台灣癌症基金會 就醫交通補助專案



長路漫漫，就醫難難，癌症病友需要持續的治療，才能穩定控制病情。台灣癌症基金會與富邦人壽攜手，解決偏鄉地區銀髮癌友的就醫交通問題，陪他們一同走完療程，邁向康復之路！

申請時間 即日起至113年12月31日（額滿為止）

補助地區 全臺各地，中南部、東部地區為主。

- 申請資格**
1. 住家距離醫療院所10公里以上
 2. 積極治療中，且每月至少回診治療一次
 3. 經濟弱勢(須由本會評估審核)
 4. 符合專案規定之年齡條件

補助方式 依據年齡劃分兩個專案

讓愛飛翔專案

60歲以下癌友

補助 5,000 現金 或 交通工具媒合服務7000元額度

*交通媒合服務將視依服務地區提供，並由基金會評估安排

銀髮偏鄉就醫無礙專案

60歲以上癌友

補助 8,000現金 或 交通工具媒合服務12000元額度

*交通媒合服務將視依服務地區提供，並由基金會評估安排

如有任何疑問，請洽：(07) 311-9137#208



財團法人 台灣癌症基金會
FORMOSA CANCER FOUNDATION





【台灣癌症基金會】偏鄉就醫交通補助申請表

填表日期： 年 月 日



<input type="checkbox"/> 讓愛飛翔專案 (限60歲以下申請)		轉介單位		連絡電話		
<input type="checkbox"/> 銀髮偏鄉專案 (限60歲以上申請)		承辦人		email		
個案摘要	基本資料	姓名	出生年月日			
		性別	住家電話	行動電話		
	聯絡地址		□□□			
	診斷與治療	癌別	期別：	診斷時間	民國 年 月	
轉移部位		□無 □有，部位：		癌症復發	□無 □有，民國 年 月	
手術切除		□無 □有，次數：_____ 時間： 年 月(最近一次)				
目前治療方式		<input type="checkbox"/> 化學治療 開始日：民國 ___/___/___ 藥名： <input type="checkbox"/> 標靶治療 開始日：民國 ___/___/___ 藥名： <input type="checkbox"/> 放射線治療 開始日：民國 ___/___/___ 藥名： <input type="checkbox"/> 免疫治療 開始日：民國 ___/___/___ 藥名： <input type="checkbox"/> 抗賀爾蒙治療 開始日：民國 ___/___/___ 藥名： <input type="checkbox"/> 中西整合療法 <input type="checkbox"/> 定期門診追蹤 <input type="checkbox"/> 安寧療護 <input type="checkbox"/> 其他治療：				
檢附資料	<input type="checkbox"/> 1.就醫交通補助申請表 <input type="checkbox"/> 2.申請人身份證正反面影本					
	<input type="checkbox"/> 3.全戶戶籍謄本正本 (申請日期3個月內) 或戶口名簿影本					
	<input type="checkbox"/> 4.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 (須為有效期限內或申請日期3個月內)					
	<input type="checkbox"/> 5.診斷證明書正本 (申請日期3個月內，須註明確診癌別、確診日期與治療狀況等細項)					
	<input type="checkbox"/> 6.提供收款帳戶封面影本(清楚註記銀行、分行別、戶名、帳號)					
	<input type="checkbox"/> 7.其它附件資料，如有辦理請檢附 (如：身心障礙手冊影本)					
	撥款帳戶	戶名	銀行	分行		
	帳號					
我同意，將我個人資料作為基金會癌友關懷服務之聯繫、活動簡訊通知及本會相關問卷研究之用，並且我了解我的個人資料將被保密，不作其他用途。 申請人簽名或蓋章：_____						
專案申請聯絡人	姓名	電話				
簽核	督導	主任	承辦人			
勿勾選 ，此欄由社工師評估後填寫 <input type="checkbox"/> 交通媒合服務 <input type="checkbox"/> 撥發現金						

備齊需檢附的資料：【台灣癌症基金會】偏鄉就醫交通補助申請表

將交通補助申請表暨檢附資料郵寄掛號至：807高雄市三民區九如二路150號9樓之1，

台灣癌症基金會-銀髮偏鄉就醫無礙專案小組收

如有任何疑問，請洽：(07) 311-9137#208

