

就醫交通補助，康復之路不再遙遠——

即日起至 **114** 年 **12** 月 **31** 日(額滿為止)

補助方式 //

每人補助 8,000 元或等值交通媒合服務。

補助地區 //

1. 大南部(嘉義以南)、東部(宜蘭、花蓮、台東)為優先補助地區。
2. 台南、高雄地區優先由
基金會評估媒合就醫交通工具之服務。

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. 每月至少回診治療一次
4. 經濟弱勢(由本會審核評估)

申請流程 //

備齊需檢附的資料(如背面表格所示)，

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

銀髮 偏鄉

Cancer Care

就醫無礙

癌症病人需頻繁就醫，但偏鄉的癌友，交通不便讓治療變得充滿挑戰。
台灣癌症基金會與富邦人壽攜手，提供交通支持，幫助銀髮癌友穩定就醫，堅持治療，邁向康復之路！

如有任何疑問，請洽諮詢專線

(07) 311-9137 #208 廖社工



財團法人台灣癌症基金會
FORMOSA CANCER FOUNDATION



富邦人壽

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. 每月癌症回診治療至少一次 4. 經濟弱勢（須由本會評估審核）											
☐ 自行申請		轉介單位				連絡電話							
☐ 院所團體轉介		承辦人				Email							
個案摘要	基本資料	姓名				出生年月日	民 國		年		月		日
		性別				電話(住家)			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：民國	年		月		(最近一次)		
		目前治療方式	☐ 化學治療，開始日：民國 年 月 日，藥名： ☐ 標靶治療，開始日：民國 年 月 日，藥名： ☐ 放射線治療，開始日：民國 年 月 日，藥名： ☐ 免疫治療，開始日：民國 年 月 日，藥名： ☐ 抗賀爾蒙治療，開始日：民國 年 月 日，藥名： ☐ 中西整合療法，開始日：民國 年 月 日，藥名：										
	檢附資料	☐ 1. 【銀髮偏鄉 就醫無礙】癌症病友就醫交通補助申請表 ☐ 2. 申請人身份證（正反）影本 ☐ 3. 全戶戶籍謄本影本（申請日期 3 個月內）或戶口名簿影本 ☐ 4. 政府核定之低收 / 中低收入戶證明影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） ☐ 5. 診斷證明書影本（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） ☐ 6. 提供收款帳戶封面影本（清楚註記銀行、分行別、戶名、帳號） ☐ 7. 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											

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： _____

基金會簽核	基金會簽核	承辦人
勿勾選，此欄由本會社工師評估後填寫		☐ 交通媒合服務 ☐ 撥發現金

如有任何疑問，請洽諮詢專線 (07) 311-9137 #208 廖社工