



銀髮偏鄉 就醫無礙

就醫交通補助申請表

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. 每月癌症回診至少一次 4. 經濟弱勢(須由本會評估審核)						
<input type="checkbox"/> 自行申請		轉介單位		連絡電話		
<input type="checkbox"/> 醫療院所 / 團體轉介		承辦人		email		
個案摘要	基本資料	姓名	出生年月日			
		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
轉移部位		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，部位：_____		癌症復發	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，民國 年 月	
手術切除		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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 / / ， 週， 次 <input type="checkbox"/> 標靶治療，開始日：民國 / / ， 週， 次 <input type="checkbox"/> 放射線治療，開始日：民國 / / ， 週， 次 <input type="checkbox"/> 免疫治療，開始日：民國 / / ， 週， 次 <input type="checkbox"/> 抗賀爾蒙治療，開始日：民國 / / ， 週， 次 <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)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.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：_____						
簽核	督導	主任		承辦人		
撥款金額	由本會填寫	第一次撥款	民國 年 月 日	第二次撥款	民國 年 月 日	