

社團法人台灣神經母細胞瘤病友關懷協會『疾病確診補助』申請辦法

補助對象：

於2018/3/15後確診為神經母細胞瘤之病患皆可申請，一人一生一次。

申請方式與流程：

- 請將申請文件親自送達或以郵寄方式交付至陳曉玲個管師處(住址：台北市中正區中山南路8號台大兒童醫院小兒血液腫瘤科助理 陳曉玲 收/ 0968-663105)。
- 申請必備文件：
 - 申請書正本 (領據請提供帳戶者親筆簽名) (附件一)
 - 申請人(病患與監護人或法定代理人)身分證正反面影本各一份(無身分證之孩童請檢附戶籍謄本)
 - 標註有『神經母細胞瘤』診斷之診斷書正本與第一次確診的病理報告正本(有醫療院所核章的腫瘤、骨髓或是其他組織切片之正式報告書)
 - 申請人(病患、監護人或法定代理人擇一)名下的郵局或銀行存摺封面影本(可清楚辨識局、帳號)
- 收到紙本或電子檔案確認所附文件無誤後，將提交理(監)事會議審核是否核發補助，核對檢附資料文本並確認符合補助辦法及資格。
- 將於理(監)事會議審核通過後直接將款項匯入申請人提供影本之金融帳戶內。

補助辦法：

符合上述資格者，每人補助一次新台幣 1 萬元整。本補助金每年提撥30萬元預算，申請者須將上述文件連同申請表於當年度12/15前提交至協會。

本補助辦法由民國 107 開始試行，擬發放至捐款用盡為止。捐款用盡後之申請案，需等待再度有資金挹注才能發放，敬請見諒。補助發放優先順序，以家境困難、無商業保險或無其他相關補助或單親的病童家庭者為優先順位。

社團法人台灣神經母細胞瘤病友關懷協會 『疾病確診補助』申請表

病患姓名 (必填, 為申請人之一)		性別		生日	
身份證字號		就學狀況	<input type="checkbox"/> 學齡前(0~5歲) <input type="checkbox"/> 已滿5歲但未就學 <input type="checkbox"/> 已就學		
確診日期 (病理報告日期)		就醫身分	<input type="checkbox"/> 有健保 <input type="checkbox"/> 無健保, 完全自費 <input type="checkbox"/> 榮保 <input type="checkbox"/> 福保 <input type="checkbox"/> 其他: _____		
監護人或法定代理人姓名 (必填, 為申請人之一)		與病患之關係		連絡電話	
聯絡地址					

(以下欄位由協會工作人員填寫)

承辦人		會計		出納	
理事長		審核通過日期		撥款日期	

領 據

茲收到 疾病確診補助

新台幣 壹萬元 整

此致

社團法人台灣神經母細胞瘤病友關懷協會

姓 名：

簽名或蓋章(私章)

身分證字號：

戶籍住址：

聯絡電話：

中華民國

年

月

日