

社團法人台灣神經母細胞瘤病友關懷協會『急難救助』申請辦法

補助對象：

確診為神經母細胞瘤之病患，因疾病復發（relapse）、疑似復發、難治(refractory)之故，而必須接受自費（係指全民健康保險不予給付之項目）療程；或因接受神經母細胞瘤腫瘤治療後，長期追蹤發現的其他健康問題，如：患有第二種腫瘤；且因此衍生須自費負擔醫療費用者。

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/ 諮詢專線：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口名簿影本)
 - 接受上述自費治療之醫療收據影本
 - 標註有『神經母細胞瘤』診斷及當次住院期間與療程之診斷書正本
 - 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，每人補助自費療程之治療費用每年最高新台幣 5 萬元整。本補助金可分次申請，金額可採累計制，每一年度以5萬元為上限，檢據核銷；可多次申請，亦可累積自費醫療收據至一定額度，連同申請表與上述文件，於當年度12/10前提交至協會。

本補助辦法由民國 104 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 『急難救助』申請表

病患姓名 (必填, 為申請人之一)		性別		生日	
身分證字號		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 急難救助

新台幣 元正

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