

社團法人台灣神經母細胞瘤病友關懷協會PET 檢查補助辦法

補助對象：

確診為神經母細胞瘤之病患且年齡未滿6歲，因治療或追蹤疾病之需要，必須接受自費的PET檢查者。

申請方式與流程：

- 請親自送達或以郵寄方式將以下文件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)
 - 接受上述檢查之醫療收據影本
 - 該次正子檢查之醫院正式報告(需有蓋院章)，於臺大醫院進行正子檢查者，因可由內部查詢，因此不需要出具此份報告
 - 標註有『神經母細胞瘤』診斷及有進行正子檢查之診斷書正本
 - 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：

- 補助符合上述補助資格者，111年度補助一人一次PET檢查2萬元費用。
- 本補助辦法由民國 108年開始試行，擬發放至111年12月31日止。惟若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。發放優先順序，亦以家境困難、無其他相關補助或單親的病童家庭為優先順位。

社團法人台灣神經母細胞瘤病友關懷協會
『PET 檢查補助』申請表

病患姓名 (必填, 為申請人之一)		性別		生日 (限小於 6 歲, 2016 之後)	
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		
PET 檢查日期		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 **PET 檢查補助**

新台幣 貳萬元 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