

社團法人台灣神經母細胞瘤病友關懷協會

Dopa-FDG PET / MIBG檢查補助辦法

一、補助與發放對象：

確診為神經母細胞瘤之病童，因治療或追蹤疾病之需要，必須接受自費之Dopa-FDG PET / MIBG檢查者。

二、申請方式與流程：

- 請自行下載以下表格並完成填寫，並選擇以下其一方式提供下述資料以供核實
 - (1) 以電子郵件寄送至本協會官方信箱info@tanc.org.tw；
 - (2) 親自送件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 小兒血液腫瘤科 陳曉玲/ 0937-613105)
- 必備資料包括：
 - 申請書正本
 - 含申請人(應為病童之監護人或法定代理人)與病童之戶籍謄本一份
 - 標註有『神經母細胞瘤』診斷之診斷書一份
 - 接受上述檢查之醫療收據影本
 - 申請人郵局或銀行存摺封面(可清楚辨識分行、帳號)之照片或圖片
- 收到提交之文件確認所附文件無誤後，始展開審核流程。
- 核對檢附資料文本並確認符合補助辦法及資格者，將於審核通過後直接將款項匯入申請人之郵局或銀行帳戶內。

三、補助項目：

符合上述資格者，一年得以申請兩次Dopa-FDG PET / MIBG檢查自費費用，惟檢測費用將依收據金額予實支實付，每次以新台幣三萬五千元為補助上限。

四、本補助辦法由民國115年開始施行，全數支出由本協會募款所得來因應。惟捐款用盡後之申請案需待再度有資金挹注方能發放，尚請見諒。上述補助之發放順序，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
『Dopa-FDG PET / MIBG檢查補助』申請表

| | | | | | |
|------------|--|--------|---|---------|--|
| 病患姓名 | | 性別 | | 生日 | |
| 身份證字號 | | 就學狀況 | <input type="checkbox"/> 學齡前(0~5歲)未就學 <input type="checkbox"/> 學齡前已就學 <input type="checkbox"/> 已就學 | | |
| 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: _____ | | |
| 申請人 | | 與病患之關係 | | 連絡電話 | |
| 聯絡地址 | | | | | |
| (無須填寫以下欄位) | | | | | |
| 承辦人 | | 會計 | | 出納 | |
| 理事長 | | 審核通過日期 | | 補助款匯入日期 | |

領 據

茲收到 Dopa-FDG PET / MIBG檢查補助, 新台幣_____萬_____千_____百元整

此致

社團法人台灣神經母細胞瘤病友關懷協會

申請人姓名:

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