



財團法人台灣癌症基金會

肺癌 Ib-IIIa 期別 EGFR 基因檢測補助專案 申請表

申請日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

基本資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	_____年____月____日(____歲)
	身份字號		市話		手機	
	聯絡地址					
	聯絡人姓名		關係		連絡電話	
	福利身分	<input type="checkbox"/> 低/中低收 <input type="checkbox"/> 經濟弱勢 <input type="checkbox"/> 老人 <input type="checkbox"/> 身心障礙 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 新住民 <input type="checkbox"/> 單親				
	保險情況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 商業保險 <input type="checkbox"/> 其他:				
	婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 離異 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 一方失聯 <input type="checkbox"/> 子女: _____名				
	教育程度	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中/高職 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所(或以上)				
	日常生活功能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 需要他人幫忙 <input type="checkbox"/> 需要輔助用具 <input type="checkbox"/> 完全無法自行活動				
	居家狀況	1. <input type="checkbox"/> 與家人同住 <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 安置機構 <input type="checkbox"/> 無固定住所 <input type="checkbox"/> 其他 2. <input type="checkbox"/> 自宅( <input type="checkbox"/> 無貸款 <input type="checkbox"/> 有貸款) <input type="checkbox"/> 租屋 <input type="checkbox"/> 借住 <input type="checkbox"/> 其他				
經濟狀況	1. <input type="checkbox"/> 自己有工作 <input type="checkbox"/> 政府補助 <input type="checkbox"/> 父母扶養 <input type="checkbox"/> 子女提供 <input type="checkbox"/> 親友提供 <input type="checkbox"/> 其他					
慢性疾病史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 其他_____					
醫院資料	就診醫院		主治醫師		個管師	
	個管師 e-mail				個管師 聯繫電話	
<p>申請人同意財團法人台灣癌症基金會為評估及提供後續服務，可進行電話關懷、報告結果分析或運用個人資料，如不同意及配合者恕難提供相關社會資源服務。 <input checked="" type="checkbox"/>同意 <input type="checkbox"/>不同意</p> <p>依 108.02.01 開始施行之「財團法人法」第 25 條規定:除受捐贈者事先以書面表示反對外，本會須主動公開受捐贈者姓名及金額。請務必勾選以下欄位，以作為捐款公開與否之依據：</p> <p>受捐款人姓名公開與否: <input checked="" type="checkbox"/>不同意公開； <input type="checkbox"/>同意公開</p> <p>申請人簽名或蓋章: _____</p>						

繳交附件資料 (請於申請時再次確認資料是否備齊)

必繳資料—

- 1. 肺癌 EGFR Ib~IIIa 補助申請表
- 2. 申請人正反面身分證影本
- 3. 診斷書(註明診斷癌別、期別及手術日期)
- 4. EGFR 檢測報告
- 5. EGFR 檢測自費收據
- 6. 補助金額轉帳之帳戶影本(需與申請人相符)

附繳資料—

- 7. 經濟弱勢相關佐證資料(如:清寒證明、中低收證明)

如有任何疑問，請洽諮詢專線：  
(02) 8787-9907 分機 238 曾雅欣個管師；

完整填寫補助申請表，並備齊需檢附的資料，  
e-mail 至：[icegfr@canceraway.org.tw](mailto:icegfr@canceraway.org.tw)  
或  
郵寄掛號至：105 台北市松山區南京東路五段  
16 號 5 樓之 2  
台灣癌症基金會-肺癌 EGFR 檢測專案小組收