**就醫交通補助申請表**

填表日期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| **申請****資格** | 1.60歲以上癌友 2.住家距離醫療院所10公里以上3.每月癌症回診治療至少一次 4.經濟弱勢 (須由本會評估審核) |
| **□ 自行申請** | **轉介單位****承辦人** |  | **連絡電話** |  |
| **□ 院所團體轉介**  | **email** |  |
| **個****案****摘****要** | **基****本****資****料** | **姓名** |  | **出生年月日** | **民國 年 月 日** |
| **性別** |  | **電話(住家)** |  | **行動電話** |  |
| **聯絡地址** |  **□□□**  |
| **診****斷****與****治****療** | **癌別** |  **期別：**  | **診斷時間** | **民國 年 月**  |
| **轉移部位** | **□無 □有，部位：**  | **癌症復發** | **□無 □有，民國 年 月** |
| **手術切除** | **□無 □有，次數： 時間： 年 月(最近一次)** |
| **目前****治療****方式** | **□化學治療 　，開始日：民國 / / 藥名：** **□標靶治療 　，開始日：民國 / / 藥名：** **□放射線治療　，開始日：民國 / / 藥名：** **□免疫治療 　，開始日：民國 / / 藥名：** **□抗賀爾蒙治療，開始日：民國 / / 藥名：** **□中西整合療法 □定期門診追蹤 □安寧療護 □其他治療：**  |
| 檢附資料 | □ 1.【銀髮偏鄉 就醫無礙】就醫交通補助申請表 □ 2.申請人身份證（正反）影本□ 3.全戶戶籍謄本影本（申請日期3個月內）或戶口名簿影本□ 4.政府核定之低收/中低收入戶證明影本或村里長核發之清寒證明正本乙份（須為有效期限內或申請日期3個月內）□ 5.診斷證明書影本 （申請日期3個月內，須註明確診癌別、確診日期與治療狀況等細項）□ 6.提供收款帳戶封面影本(清楚註記銀行、分行別、戶名、帳號)□ 7.其它附件資料如：身心障礙手冊影本（如有辦理請檢附） |
| 撥款帳戶 | 戶名 |  | 銀行 |  | 分行 |  |
| 帳號 |  |
| **我同意，將我個人資料作為基金會癌友關懷服務之聯繫、活動簡訊通知及本會相關問卷研究之用，並且我了解我的個人資料將被保密，不作其他用途。　　　申請人簽名或蓋章：**  |
| **基金會簽核** | 基金會簽核 |  | 承辦人 |  |
| 勿勾選，此欄由本會社工師評估後填寫 | □ | 交通媒合服務 | □ | 撥發現金 |