**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** | | | |  |
| **□ 醫療院所 / 團體轉介** | | | | | | | | | | **email** | | | |  |
| **個**  **案**  **摘**  **要** | | **基**  **本**  **資**  **料** | | **姓名** | |  | | | | **出生年月日** | | |  | | | | | | | | | |
| **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 / / ， 週， 次**  **□標靶治療 　，開始日：民國 / / ， 週， 次**  **□放射線治療　，開始日：民國 / / ， 週， 次**  **□免疫治療 　，開始日：民國 / / ， 週， 次**  **□抗賀爾蒙治療，開始日：民國 / / ， 週， 次**  **□其他治療：** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 檢附資料 | □ 1.就醫交通補助申請表  □ 2.申請人身份證（正反）影本  □ 3.全戶戶籍謄本正本（申請日期3個月內）或戶口名簿影本  □ 4.政府核定之低收/中低收入戶證明正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.診斷證明書正本 （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.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：** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **簽核** | | | 督導 | |  | | | | 主任 | | |  | | | | | | | 承辦人 | |  | |
| **撥款金額**由本會填寫 | | | | | 第一次撥款 | | 民國 年 月 日 | | | | | | | | 第二次撥款 | | | | 民國 年 月 日 | | | |