**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 |