

銀髮偏鄉

就醫交通補助
康復之路不再遙遠

Cancer
Care

就醫無礙



申請時間 即日起至112年12月31日(額滿為止)

補助地區 全臺各地, 中南部、東部地區為主。

補助方式 每人補助8,000元或等值交通媒合服務。*部分地區由基金會評估安排

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. 積極治療中, 且每月至少回診治療一次 4. 經濟弱勢(須由本會評估審核)

如有任何疑問, 請洽: (07) 311-9137#208



台灣癌症基金會
FORMOSA CANCER FOUNDATION

富邦人壽

財團法人中華顧問工程司
China Engineering Consultants, Inc.



【銀髮偏鄉 就醫無礙】就醫交通補助申請表

填表日期： 年 月 日

☐ 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					
		性別			住家電話			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.就醫交通補助申請表 ☐ 2.申請人身份證正反面影本 ☐ 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.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，如有辦理請檢附（如：身心障礙手冊影本）								
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		
勿勾選，此欄由社工師評估後填寫 ☐ 交通媒合服務 ☐ 撥發現金										

備齊需檢附的資料：【銀髮偏鄉 就醫無礙】癌症病友就醫交通補助申請表
將交通補助申請表暨檢附資料郵寄掛號至：807高雄市三民區九如二路150號9樓之1，
台灣癌症基金會-銀髮偏鄉就醫無礙專案小組收

