

台灣癌症臨床研究發展基金會乳癌病友補助專案-補助義乳及胸衣 申請單

申請日期(Y/M/D)：									
病友基本資料	姓名		出生日期	民國	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	聯絡地址				身分證號				
	電話/手機				傳真				
					電子郵件				
其他聯絡人			與個案關係			其他聯絡人電話			
疾病治療史	治療狀況	乳癌診斷日期：____年____月____日 乳房全切手術日期：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 雙側 目前： <input type="checkbox"/> 化學治療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 標靶治療 <input type="checkbox"/> 抗荷爾蒙治療 <input type="checkbox"/> 免疫藥物治療 曾經： <input type="checkbox"/> 化學治療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 標靶治療 <input type="checkbox"/> 抗荷爾蒙治療 <input type="checkbox"/> 免疫藥物治療							
申請人填寫	1.依「個人資料保護法」規定，本人同意台灣癌症臨床研究發展基金會之個人資料蒐集、處理及利用。 2.依「財團法人法」第 25 條規定，除受補助者事先以書面表示反對外，本會須主動公開接受補助者姓名及金額。請您務必勾選 (未勾選者視為同意公開)： <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 病友(領取者)請親自簽名： _____ 身分證號： _____								
備註	1. 申請條件：限單側或雙側乳房全切除手術，且手術日期為 2018 年 1 月 1 日以後者方可申請本項補助。曾向本會申請者，請勿申請。 2. 檢附文件：『本申請單』、『申請者之身分證正反面影本』、由進行手術之醫院所開立之『診斷證明書正本』(須有「身分證號」、「全切手術日期」及「乳癌經全乳房切除」字樣)；中低收入戶請檢附政府機關核定證明(直轄市、縣(市)政府核發)。 3. 經本會審核通過後，將「義乳及胸衣領取單」寄給申請人，請持單於預約期限(將顯示於領取單上)內與本會合作單位聯繫前往套量領取(領取時義乳為必要)；總費用最高補助新台幣 6,000 元整，超出之費用需自付。 4. 本會將依申請人提供相關資料(姓名/身份證號)，開立贈與所得扣繳憑單給申請人，若不願意者，請勿參加此補助活動。								
以下本會填寫									
審查結果	診斷書： <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過，原因：				<input type="checkbox"/> 中低收入戶，證明 <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/> 一般申請 整體審查： <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過，原因：				
審查人員及日期：				審查人員及日期：					
申請單編號：									

主辦單位：財團法人台灣癌症臨床研究發展基金會 電話(02)28271203
 收件地址：11267 台北市北投區石牌路二段 95 號 2 樓之 3
 協辦單位：雅詩蘭黛集團、美麗佳人 Marie Claire