台灣癌症臨床研究發展基金會 2023 乳癌病友補助專案-補助義乳及胸衣　申請單

<table>
<tr><td colspan="8">申請日期(Y/M/D)：</td></tr>
<tr><td rowspan="5">病友基本資料</td><td>姓名</td><td></td><td>出生日期</td><td colspan="2">民國　　年　　月　　日</td><td>性別</td><td>□男 □女</td></tr>
<tr><td>聯絡地址</td><td colspan="3">郵遞區號_____</td><td>身分證號</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">電話/手機</td><td colspan="3" rowspan="2"></td><td>傳真</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>電子郵件</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>其他聯絡人</td><td></td><td>與個案關係</td><td></td><td>其他聯絡人電話</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>疾病治療史</td><td>治療狀況</td><td colspan="6">乳癌診斷日期：____年____月____日
乳房全切手術日期：____年____月____日 □左側 □右側 □雙側
目前：□化學治療 □放射線治療 □標靶治療 □抗荷爾蒙治療 □免疫藥物治療
曾經：□化學治療 □放射線治療 □標靶治療 □抗荷爾蒙治療 □免疫藥物治療</td></tr>
<tr><td>申請人填寫</td><td colspan="7">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)：□同意 □不同意
病友(領取者)請親自簽名：　　身分證號：</td></tr>
<tr><td>備註</td><td colspan="7">1. 申請條件：限單側或雙側乳房全切除手術，且手術日期為 2019 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)；低收及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)
4. 每人每次最高補助新台幣 6,000 元整，若逾最高補助額，其差額由申請者自行負擔，並直接給付予義乳製作合作單位。
5. 依據統一發票使用辦法規範，超出額度之品項無法拆分結帳而需全額計費開立發票(領取者請勿要求義乳製作合作單位將單一品項金額拆分開立成二張發票)。
6. 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。</td></tr>
<tr><td colspan="8">以下本會填寫</td></tr>
<tr><td>審查結果</td><td colspan="3">診斷書：□通過 □不通過，原因：

審查人員及日期：</td><td colspan="4">□中低收入戶，證明□合格 □不合格
□一般申請
整體審查：□通過 □不通過，原因：
審查人員及日期：</td></tr>
<tr><td colspan="8">申請單編號：</td></tr>
</table>

主辦單位：財團法人台灣癌症臨床研究發展基金會 電話(02)2827 1203
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、
葡萄王生技股份有限公司、財團法人曾水照社會福利慈善事業基金會