**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**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請項目：義乳及胸衣 | | | 申請日期(Y/M/D) | | |  | | 申請單編號(本會填寫) | |  |
| 病友基  本資料 | 姓名 |  | 出生  日期 | 民國 年 月 日 | | | | | 性別 | □男 □女 |
| 聯絡地址 | □□□-□□□ | | | | | 身分證字號 | |  | |
| 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 □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 | | | | | | | | |
| 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)：□同意 □不同意   |  |  | | --- | --- | | **病友親簽**： | 日期： | | **（下方領取「義乳及胸衣領取單正聯」請務必簽名）** |  | | | | | | | | | | |
| 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。  2.**檢附文件：診斷證明書 (需註明疾病診斷、手術名稱及手術日期)。**  3.經本會審核通過後，將「義乳及胸衣領取單」副聯寄給申請人，請於預約期限(將顯示於副聯上)內與本會合作單位聯繫，前往套量領取時須持領取單；總費用最高補助新台幣6,000元整，超出的費用需自付。  4.本會將依申請人提供相關資料（姓名/身份證字號），開立贈予所得扣繳憑單給申請人，  若不願意者，請勿參加此補助活動。 | | | | | | | | | |
| 審查結果 | □ 通過  □ 不通過，原因：□資格不符 □資料不齊 | | | | | 審核日期：民國 年 月 日  審查人員： | | | | |
| **義乳及胸衣領取單 正聯** | | | | | | | | | | |
| **領取者請親自簽名： 填表時請務必簽名** | | | | | | **身分證字號： 填表時請務必簽名** | | | | |

主辦單位：台灣癌症臨床研究發展基金會台北總會(台北市北投區石牌路二段95號2樓之3)

電話(02)2827-1203 傳真 (02)2827-1206

協辦單位：雅詩蘭黛集團