

**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 <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  <b>病友(領取者)請親自簽名：</b> _____ <b>身分證字號：</b> _____					
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；副本可，勿影印)。 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(將顯示於副聯上)內與本會合作單位聯繫前往套量領取；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。					
<b>以下本會填寫</b>						
審查結果	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過，原因： <input type="checkbox"/> 資格不符 <input type="checkbox"/> 資料不齊				審核日期：民國 年 月 日 審查人員：	
申請單編號：						

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 或(02)2875-7629 傳真(02)2827-1206 或(02)2872-6748

協辦單位：雅詩蘭黛集團