

財團法人台灣癌症臨床研究發展基金會 2025 乳癌 BRCA 基因檢測補助計畫 申請單

申請日期(Y/M/D)：						
申請者基本資料	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	3+3 碼郵遞區號(務必填寫)_____			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	
癌症家族病史	<input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 卵巢癌 <input type="checkbox"/> 胰臟癌 <input type="checkbox"/> 高度惡性/轉移性攝護腺癌 <input type="checkbox"/> 無					
個人資料聲明	<p>1.依「個人資料保護法」規定，本人同意財團法人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。</p> <p>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</p> <p>3.本人聲明未曾向其他單位(健保署除外)申請過相同檢測補助</p> <p>申請者請親自簽名： _____ 身分證字號： _____</p>					
備註	<p>1. 申請條件：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>限三陰性乳癌病友。</li> <li>需持有經癌症診療品質認證醫院(請上本會網站 <a href="https://www.tccf.org.tw/BRCA/">https://www.tccf.org.tw/BRCA/</a> 查詢)所開立 2024 年 5 月 1 日後 BRCA 基因檢測之收據。</li> <li>曾向本會或接受過其他單位相同專案補助者，請勿申請。</li> </ul> <p>2. 檢附文件：</p> <p>(1)-本申請單 (2)-申請者之身分證正反面影本 (3)-申請者存摺影本 (4)-本會領據(請填寫完整) (5)-診斷證明書正本</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>要有身分證號</li> <li>要有疾病名稱 (詳看申請條件第一條)</li> <li>要有基因檢測檢驗結果 (證明診斷書上如果沒有註明檢驗結果，請另外加附正式病歷摘要)</li> </ul> <p>(6)-經認證醫院檢測收據影本 (詳看申請條件第一條)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>收據要能夠看出檢測項目及金額</li> <li>申請者請在收據空白處親自簽名</li> </ul> <p>3. 每人每次最高補助新台幣 10,000 元整。</p> <p>4. 本會將依申請者提供相關資料 (姓名/身分證號)，開立其他所得扣繳憑單給申請者，若不願意者，請勿參加此補助活動。</p>					
<b>以下本會填寫</b>						
審查結果	診斷書： <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過，原因：			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)2827-1203 或 2827-1215

收件地址：112063 臺北市北投區石牌路二段 95 號 2 樓之 3

協辦單位：美商雅詩蘭黛股份有限公司台灣分公司

<附件>

財團法人台灣癌症臨床研究發展基金會 「2025 乳癌 BRCA 基因檢測補助計畫」			
檢 附 文 件	以下文件請依序檢查： <input type="checkbox"/> (1)申請單(個人資料申明處記得親自簽名) <input type="checkbox"/> (2)申請者之身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> (3)申請者存摺影本(開戶銀行或郵局存摺正面) <input type="checkbox"/> (4)個人領據收據(由申請者親自填寫) <input type="checkbox"/> (5)診斷證明書正本 → <input type="checkbox"/> 診斷證明書上要有身分證號 → <input type="checkbox"/> 診斷證明書上要有疾病名稱(三陰性乳癌) → <input type="checkbox"/> 診斷證明書上要有基因檢測檢驗結果(如果沒有請向醫院申請正式病歷摘要) <input type="checkbox"/> (6)檢測收據影本 → <input type="checkbox"/> 收據經癌症診療品質認證醫院所開立(可上本會網站 <a href="https://www.tccf.org.tw/BRCA/">https://www.tccf.org.tw/BRCA/</a> 查詢) → <input type="checkbox"/> 收據日期要於 2024 年 5 月 1 日後開立 → <input type="checkbox"/> 收據要能夠看出檢測項目及金額 → <input type="checkbox"/> 申請者記得收據空白處親自簽名		
	<b>個人領款收據</b>		
費款名稱：補助專款      茲領到新臺幣壹萬元正 此致 財團法人台灣癌症臨床研究發展基金會			
領款人簽名		出生日期	年      月      日
身分證號		聯絡電話	住家: 手機:
戶籍地址			

**\*\*本會將開立其他所得扣繳憑單，若領款人(申請者)不願意請勿申請。**

財團法人台灣癌症臨床研究發展基金會 電話：(02)28271203 或 28271215

收件地址：112063 臺北市北投區石牌路二段 95 號 2 樓之 3

網址：www.tccf.org.tw