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

<table>
<tr><td colspan="8">申請日期(Y/M/D)：</td></tr>
<tr><td rowspan="6">申請者基本資料</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">3+3 碼郵遞區號(務必填寫)_____</td><td>身分證字號</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>癌症家族病史</td><td colspan="6">□乳癌　□卵巢癌　□胰臟癌　□高度惡性/轉移性攝護腺癌　□無</td></tr>
<tr><td>個人資料聲明</td><td colspan="7">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。
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
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

申請者請親自簽名：　　身分證字號：</td></tr>
<tr><td>備註</td><td colspan="7">1.　申請條件：
・限三陰性乳癌病友。
・需持有經癌症診療品質認證醫院(請上本會網站 https://www.tccf.org.tw/BRCA/查詢)所開立 2024 年 5 月 1 日後 BRCA 基因檢測之收據。
・曾向本會或接受過其他單位相同專案補助者，請勿申請。
2.　檢附文件：
(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
・要有身分證號
・要有疾病名稱 (詳看申請條件第一條)
・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)
(6)-經認證醫院檢測收據影本 (詳看申請條件第二條)
・收據要能夠看出檢測項目及金額
・申請者請在收據空白處親自簽名
3.　每人每次最高補助新台幣 10,000 元整。
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。</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">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 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