

<附件一>

財團法人台灣癌症臨床研究發展基金會 2024 乳癌病友補助專案-補助專款 申請單

申請項目：補助專款				申請日期 (Y/M/D)		申請單編號 (本會填寫)			
申請人基本資料	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				
	職業	<input type="checkbox"/> 未就業 <input type="checkbox"/> 就業中							
	婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離異；子女 人(已就業 人)							
經濟狀況	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶								
疾病治療史	治療狀況	乳癌診斷日期：____年____月 乳房手術日期：____年____月 <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-申請人同意台灣癌症臨床研究發展基金會(以下簡稱本會)及轉介單位為利斧這評估及後續業務執行，進行電話、資料蒐集、處理或利用個人資料 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。以下請您務必勾選 (未勾選者視為同意公開)： <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 申請人親簽：_____ 日期：_____								
檢附文件	<input type="checkbox"/> 本申請單 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 近三個月內診斷證明書 (須註明正在癌症治療的名稱及日期如化學治療) <input type="checkbox"/> 社工評估單 <input type="checkbox"/> 低收入戶或中低收入戶證明書正本(由直轄市、縣(市)政府核發之低收入戶或中低收入戶證明文件)。								
備註	本會依申請人提供相關資料 (姓名/身份證字號)，開立其他所得扣繳憑單給申請人，若不願意者，本活動則視為自動棄權。								
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			審查日期：民國 年 月 日 審查人員：					

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 2827-1215

收件地址：112063 台北市北投區石牌路二段 95 號 2 樓之 3

協辦單位：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