

<附件一>

財團法人台灣癌症臨床研究發展基金會 2025 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	☐ 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		
	職業	☐ 未就業 ☐ 就業中					
	婚姻狀況	☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 離異；子女 人(已就業 人)					
經濟狀況	☐ 低收入戶 ☐ 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 ☐ 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-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）： ☐ 同意 ☐ 不同意 申請人親簽： _____ 日期： _____						
檢附文件	☐ 本申請單 ☐ 身分證正反面影本 ☐ 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） ☐ 社工評估單 ☐ 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/身分證字號），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	☐ 通過 ☐ 不通過，原因： ☐ 資格不符 ☐ 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