

編號：

(此欄由本會工作人員填寫)



社團法人中華罕病之友關懷協會

## 中華民國罕病之友關懷協會醫療補助申請表

填表日期： 年 月 日

姓名		性別		照 片	請使用近期照片
身份證字號					
地址	□□□				
行動電話					
E-mail					
帳號	銀行：	分行：	戶名：		
	帳號：				
檢附證明	<input type="checkbox"/> 本會申請書 一份 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊影本(正反面) 或身分證影本 <input type="checkbox"/> 醫療單位的發票收據 <input type="checkbox"/> 申請人本人清晰 銀行或郵局帳戶封面影本 <input type="checkbox"/> 個人資料使用聲明同意書				
申請資格					
<p>基於本協會宗旨為 罕病病患不只是接受者更是貢獻者。積極病患接收治療改善生活品質，以身為社會中堅分子為努力的目標。凡本身為協會認定之罕病病患本身，提供 醫療單位的發票及收據，並檢附醫療補助報告書。協會將提供 醫療相關的補助。</p> <p>一、提供 醫療單位收據或發票。</p> <p>二、完整提供 醫療補助的疾病簡述、治療期間及治療成功報告書。</p> <p>三、本協會保有最終審核通過與否的權利，並會透過 E-mail 通知。</p>					
<p>_____ (請簽名)同意本人或家人將獎學金頒獎活動期間所進行之拍攝、攝影等所有肖像權歸屬於本會，本會得無償於非營利範圍使用。</p>					

◎請將 申請表連同檢附資料一同寄中華罕病之友關懷協會

地址：新北市新莊區中正區 706-1 號 11 樓

電話：02-2907-6712 彭燕

E-mail：Public@acrd.org.tw

## 中華民國罕病之友關懷協會醫療補助報告書

醫療單位	
疾病成因簡述	
預計治療 期間及 費用預算	
審核結果	

◎請將申請表連同檢附資料一同寄中華罕病之友關懷協會

地址：新北市新莊區中正區 706-1 號 11 樓

電話：02-2907-6712 彭燕

E-mail：Public@acrd.org.tw

# 收 據

茲收到 中華罕病之友關懷協會醫療補助費用補助  
計新台幣 元整無訛，此 致

中華罕病之友關懷協會

具 領 人： (簽章)

住 址：

身分證字號：

電話：

中 華 民 國 年 月 日