

銀髮南鄉就醫

CANCER CARE 無礙

就醫交通補助
康復之路不再遙遠

癌症病人透過持續的治療，可以穩定的控制病情甚至治癒

台灣癌症基金會與富邦攜手

解決大南部及東部地區銀髮癌友就醫交通問題

讓南鄉銀髮癌友可以穩定完成療程，邁向康復之路

即日起

▶ 至107年8/31止名額有限，額滿即停止受理申請，每人補助8,000元

申請資格

▶ 60歲以上癌友 ▶ 住家距離醫療院所10公里以上 ▶ 每月回診治療至少一次 ▶ 經濟弱勢（須由本會評估審核）

申請流程

① 請備齊以下申請資料

- a. 銀髮南鄉就醫無礙癌症病友就醫交通補助申請表
- b. 申請人身份證(正反)影印本
- c. 政府核定之低收入/中低收入戶證明正本或村里長核發之清寒證明正本乙份(須為有效期限內或申請日期6個月內)
- d. 全戶戶籍謄本(申請日期6個月內)或戶口名簿影本乙份
- e. 診斷證明書正本乙份(須註明確診癌別、確診日期與治療狀況等細項)
- f. 其他附件資料如：身心障礙手冊影本(如有辦理請檢附)

② 請將交通補助申請表暨相關資料掛號郵寄至：

807高雄市三民區九如二路150號9樓之1 台灣癌症基金會-銀髮南鄉就醫無礙交通補助專案小組 收 或以掃描電子檔案型式寄至：wendy@canceraway.org.tw

③ 補助方式

專案小組收到資料後將由專人與申請人聯絡，以進行評估訪視流程；申請通過者，將由本會核定進行補助，未通過者恕不退還申請資料。

④ 如有任何疑問，請洽諮詢專線：(07)311-9137轉208 何社工

主辦單位



台灣癌症基金會

贊助單位



富邦人壽

銀髮南鄉 就醫無礙

癌症病友就醫交通補助申請表

主辦單位  台灣癌症基金會

贊助單位  富邦人壽

填表日期： 年 月 日

申請資格：

- 1 60歲以上癌友 2 住家距離醫療院所10公里以上 3 每月回診治療至少一次 4 經濟弱勢，須由本會評估審核

自行申請

院所團體轉介，轉介單位

承辦人

聯絡電話

email

個 姓名 性別 出生日期 民國 年 月 日

住家電話 行動電話

案 基本資料 聯絡人姓名 關係 聯絡電話

聯絡地址，此為接送地址，單程需與醫院距離10km以上

摘

要 癌別 期別 轉移位置

診斷時間民國 年 月 癌症復發民國 年 月

手術切除 無 有，次數 時間民國 年 月(最近一次)

目前治療方式 化學治療，開始於民國 年 月 日，週 次，共 次。

標靶治療，開始於民國 年 月 日，週 次，共 次。

放射線治療，開始於民國 年 月 日，週 次，共 次。

其他治療方式為 ，開始於民國 年 月 日，週 次，共 次。

申請文件 (請於申請時再次確認資料是否備齊)

- 1 銀髮南鄉就醫無礙癌症病友就醫交通補助申請表
- 2 全戶戶籍謄本(申請日期6個月內)或戶口名簿影本乙份
- 3 申請人身份證(正反面)影印本乙份
- 4 診斷證明書正本乙份(須註明確診癌別、確診日期與治療狀況等細項)
- 5 政府核定之低收入/中低收入戶證明正本或村里長核發之清寒證明正本乙份(須有效期限內或申請日期6個月內)
- 6 其它附件資料如：身心障礙手冊影本(如有辦理請檢附)

撥款帳戶 戶名 銀行 分行

帳號

申請人同意財團法人台灣癌症基金會為評估及提供後續服務，可進行電話、家庭訪問、處理或運用個人資料，如不同意及配合者恕難提供補助。申請人提供之資料僅限於本方案使用，您的個人資料及隱私，會依我國相關法令保護。

申請人簽名或簽章 _____

簽核 督導 主管 承辦人員

匯款金額·本會填寫 第一次撥款日期 第二次撥款日期