

【癌友心理諮詢門診】費用補助申請表

*每年度申請至 12 月 15 日止，郵戳為憑，逾期恕不受理。

申請日期：113 年 月 日

基本資料	姓名		本年度申請次數	113 年度，第 _____ 次申請 說明：您每年度可累積一次提出申請。 如本次申請檢附 3 次就診收據，請填：第 1-3 次申請	
	身分證字號		E-mail		
	居住地址	□□□-□□□	手機號碼		
	聯絡人姓名		聯絡人電話/關係		
疾病狀況	診斷癌別				
	期別	<input type="checkbox"/> 原位癌 <input type="checkbox"/> 第一期 <input type="checkbox"/> 第二期 <input type="checkbox"/> 第三期 <input type="checkbox"/> 第四期 (轉移部位：_____)			
	癌症治療醫院				
	心理諮詢門診 就診醫院 限本會合約機構		諮商/臨床心理師 精神/身心科醫師 蓋章 (職章)		
簽名蓋章	<ul style="list-style-type: none"> ● 案件審核期間為 30 個工作天，本會將以電話聯繫方式通知審查結果。如蒙同意予以補助，申請人須先簽領撥款領據，本會確認領據收訖無誤後，始以「匯款方式」核撥補助款逕至申請人帳戶。以上作業方式如無法配合，請勿提出申請。 ● 本申請書有關本人基本資料、相關證明文件均係本人據實提供，並同意財團法人亞太心理腫瘤學交流基金會評估及審查業務執行，如有不實，願自負法律責任；本人同意審核通過之補助款金額列入本人當年度所得申報。 ● 本會依財團法人法第二十五條第三項第 2 款之規定：前一年度之接受補助、捐贈名單清冊及支付獎助、捐贈名單清冊，且僅公開其補助、捐贈者及受獎助、捐贈者之姓名或名稱及補(獎)助、捐贈金額。但補助、捐贈者或受獎助、捐贈者事先以書面表示反對，或公開將妨礙或嚴重影響財團法人運作，且經主管機關同意者，不公開之。 <p><input type="checkbox"/> 不同意貴會公開姓名及補助金額 <input type="checkbox"/> 同意貴會公開姓名及補助金額 (請勾選您的意願)</p> <p style="text-align: center;">申請人親簽 (簽妥後始完成申請流程)：</p> <p>*以上如有疑問請洽主辦單位心理腫瘤學基金會(02)2809-5200/cherie@appoef.org.tw</p>				
證明文件	<p>以下 5 項文件請郵寄掛號：251033 新北市淡水區民權路 75 號 11 樓 心理腫瘤學基金會</p> <p>正本 ①本申請表 影本 申請人之：②身分證正反面③近三年內罹癌診斷證明書 ④「心理諮詢門診」費用單據 (實支實付，每人每次補助上限 NT\$1,200 元整) ⑤郵局/銀行帳戶存簿封面 (需完整呈現銀行別、分行、帳號、戶名等資訊)</p>				

以下由本會填寫：

審核	承辦人		執行長 簽核		核准案 件編號	
----	-----	--	-----------	--	------------	--