社團法人台灣弱勢病患權益促進會

**醫療弱勢病患急難救助**

**申請表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日期： | |  | | | 補助編號： | | | | | (本會填寫) |
| 病患姓名 |  | | | 出生日期 | |  | | | | 個案號 | | | (本會填寫) |
| 疾病名稱 |  | | | 申請人 | |  | | | | 關係 | | |  |
| 病患  身分證字號 |  | | | 戶籍地址 | |  | | | | | | | |
| 聯絡地址 |  | | | | | | | | 聯絡電話 | | |  | |
| **申請人需求說明**（請務必填寫）  一、需求項目說明：（申請原因）  二、家中收入簡述（例如：說明每月工作收入、社福補助津貼…）以每個月為單位，請詳實填寫。  薪　資：　　　　　元／月　　　　　　　　　　親戚俸養：　　　　　元／月  身障津貼：　　　　元／月　　　　　　　　　　老人年金：　　　　　元／月  借　款：　　　　　元／月  其他收入：　　　　　元／月(說明：　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  三、家中支出簡述（例如：生活花費、就醫費、保險、貸款…）以每個月為單位，請詳實填寫。  伙食費：　　　　　元／月　　　　　　　　 　教育費：　　　　　元／月  水電瓦斯費：　　　元／月　　　　　　　　 　醫療費：　　　　　元／月  電信費：　　　　　元／月(手機、網路或市) 　 營養品：　　　　　元／月  保險費：　　　　　元／月(勞健保或商業保險) 交通費：　　　　　元／月  貸　款：　　　　　元／月(車、房貸或信用卡借款) 房 租：　　　　　元／月  其 他：　　　　元／月(說明：　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　) | | | | | | | | | | | | | |
| **受款人姓名** | |  | | | | | **與病友關係** | | | |  | | |
| **申請人簽名** | |  | | | | | | | | | | | |

**附件資料:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1、本會病患資料表 | 5、全戶國稅局財稅清單 |
| 2、戶口名簿或戶籍謄本影本(勿省略記事) | 6、生活急難事實相關證明/相關醫療單據或估價單 |
| 3、受款人存摺影本 | 7、診斷證明書/醫師治療計畫書 |
| 4、中低收或低收入戶證明影本/家庭清寒證明  (無則不需提供) | |