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) |