

# 社團法人台灣神經母細胞瘤病友關懷協會

## 確診關懷包／基因檢測發放暨補助辦法

### 一、補助與發放對象：

甫確診為神經母細胞瘤之病童，或因治療需要必須接受自費基因檢測者。

### 二、申請方式與流程：

- 請自行下載以下表格並完成填寫，並選擇以下其一方式提供下述資料以供核實
  - (1) 以電子郵件寄送至本協會官方信箱[info@tanc.org.tw](mailto:info@tanc.org.tw);
  - (2) 親自送件或以郵寄方式交付至陳曉玲個管師處(住址：台北市中正區中山南路8號 小兒血液腫瘤科 陳曉玲/0937-613105)
- 必備資料包括：
  - 申請書正本
  - 含申請人(應為病童之監護人或法定代理人)與病童之戶籍謄本一份
  - 標註有『神經母細胞瘤』診斷之診斷書一份
  - 接受基因檢測之付款收據或發票影本
  - 基因檢測報告影本
  - 申請人郵局或銀行存摺封面(可清楚辨識分行、帳號)之照片或圖片
- 收到提交之文件確認所附文件無誤後，始展開審核流程。
- 核對檢附資料文本並確認符合補助辦法及資格者，將於審核通過後直接將確診關懷包寄送至申請表所填具之地址，基因檢測補助款項則匯入申請人之郵局或銀行帳戶內。

### 三、補助項目：

符合上述資格者，一人一生得以一次依申請年齡領取確診關懷包及自費基因檢測費用，惟檢測費用將依收據金額予實支實付，並以新台幣一萬八千元為補助上限。

四、本補助辦法由民國114年開始施行，全數支出由本協會募款所得來因應。惟捐款用盡後之申請案需待再度有資金挹注方能發放，尚請見諒。上述補助之發放順序，亦以家境困難、無其他相關補助或單親的病童家庭為優先順位。

**社團法人台灣神經母細胞瘤病友關懷協會**  
**『確診關懷包／基因檢測補助』申請表**

病患姓名		性別		生日	
身份證字號		就學狀況	<input type="checkbox"/> 學齡前(0~5歲)未就學 <input type="checkbox"/> 學齡前已就學 <input type="checkbox"/> 已就學		
疾病狀況	<input type="checkbox"/> 剛確診 <input type="checkbox"/> 治療中	就醫身分	<input type="checkbox"/> 有健保 <input type="checkbox"/> 無健保, 完全自費 <input type="checkbox"/> 榮保 <input type="checkbox"/> 福保 <input type="checkbox"/> 其他: _____		
申請項目	<input type="checkbox"/> 確診關懷包(病童年齡 <input type="checkbox"/> <2歲; <input type="checkbox"/> ≥2歲) <input type="checkbox"/> 基因檢測補助(檢附收據或發票開立日期: _____ / _____ / _____) <input type="checkbox"/> 剛確診; <input type="checkbox"/> 治療中: 已完成 _____ 次 _____ 治療, 本次為開刀／抽骨髓(請圈選)之檢體送檢)				
申請人		與病患之關係		連絡電話	
聯絡地址					
(無須填寫以下欄位)					
承辦人		會計		出納	
理事長		審核通過日期		關懷包寄送日期	
				補助款匯入日期	

**領 據**

茲收到  確診關懷包 壹只  基因檢測補助, 新台幣 \_\_\_\_\_ 萬 \_\_\_\_\_ 千 \_\_\_\_\_ 百元整

此致

社團法人台灣神經母細胞瘤病友關懷協會

申請人姓名:

簽名或蓋章(私章)

身分證字號:

戶籍住址:

聯絡電話: