

兒童福利聯盟-醫療補助申請表

您好，兒童福利聯盟為了照顧更多特殊疾病兒少家庭，並使更多兒少有機會獲得疾病的診斷與治療，特針對「急重症快速三合一檢驗」提供部分或全額補助。申請期間為 112 年 1 月至 112 年 12 月。

- 一、 補助對象：經醫師評估需進行「急重症快速三合一檢驗」之未滿 18 歲兒少之家庭。
- 二、 補助額度：
 - (一)全額補助：前一年度綜所稅納稅級距為 0%或 5%之家庭；或申請童本人或其父母、手足為政府核定以下身分之一者：低收/中低收入戶、重大傷病卡、身心障礙證明、特殊境遇家庭，兒福聯盟補助檢測費用新台幣十一萬六千五百元整。
 - (二)部分補助：前一年度綜所稅納稅級距為 12%或 20%之家庭，兒福聯盟補助檢測費用新台幣七萬元整。
- 三、 本申請表需由申請童父母之一方或監護人提出。兒福聯盟將於申請人備妥相關資料後一個工作日內回覆審定之補助額度；經審查核定後之補助費用會直接提撥予臺大醫院作業基金 401 專戶。
- 四、 除提供補助外，兒福聯盟後續亦會聯繫申請童父母或監護人，關懷就醫後續狀況，並視家庭狀況提供服務或轉介相關資源。
- 五、 申請表填妥後請回傳(02)8797-3131 或 mail：beatrice@cwlf.org.tw，並請來電(02)2799-0333#605 金小姐確認。

申請家庭基本資料

申請日期： 年 月 日

| | |
|--|---|
| 申請童姓名： | 身分證字號： |
| 生日： 年 月 日 | 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 父親姓名： | 母親姓名： |
| 身分證字號： | 身分證字號： |
| 生日： 年 月 日 | 生日： 年 月 日 |
| 職業： | 職業： |
| 手機： | 手機： |
| Email： | Email： |
| 居住地址： | |
| 前一年度綜所稅納稅級距： <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 5% <input type="checkbox"/> 12% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 40% | |
| **若夫妻分開報稅且級距不同，請同時勾選。 | |

身分別：

一般 (申請童與父母、手足無以下身分)

低收/中低收入戶，每月補助_____元整

重大傷病卡，對象：_____，病名：_____

身心障礙證明，對象：_____，類別：_____；等級：_____

特殊境遇家庭，核定期間：_____

檢附資料

請依家庭狀況提供資料

| 一般家庭 | 特殊身分家庭 |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 戶籍謄本或戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 申請童父母前一年綜所稅核定說明 您可透過以下任一方式申請： 1. 實體申請：至任一國稅局/稽徵所申請 2. 線上申請：財政部稅務入口網>線上服務>線上查調>綜合所得稅核定說明，需搭配自然人憑證或健保卡 | <input type="checkbox"/> 戶籍謄本或戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 身心障礙證明、重大傷病卡、當年度低收/中低收入戶證明、特境家庭核發公文 |

上述文件請至遲於提出申請後 7 個工作日內完成遞交；可拍照/掃描/傳真或郵寄提供。

所提供之資料或陳述如有不實，本人同意無條件放棄申請資格並於 1 週內返還已獲得之全額補助金。

申請人簽名：

受贈者資訊不公開聲明

您好：依照財團法人法第 25 條第 3 項第 2 款規定，財團法人應主動公開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。

本人_____及家屬受財團法人中華民國兒童福利聯盟文教基金會獎助、捐贈，依據《財團法人法》第 25 條第 3 項第 2 款規定，在此以書面聲明，凡本人受獎助、捐贈之資訊，均不同意將本人及家屬之姓名公開揭露。

簽署人：_____ 身分證字號：_____ 日期：_____年_____月_____日

個人資料蒐集、處理及利用告知聲明書

依個人資料保護法相關規定，告知聲明如下：

一、機構名稱：財團法人中華民國兒童福利聯盟文教基金會

二、個人資料蒐集之目的：審查資格。

三、個人資料之蒐集方式：透過個資當事人親送、郵遞、網路傳輸、口頭或其他適當方式取得個人資料。

四、個人資料之類別：個人及同住全戶之戶籍、身份、收入、聯絡方式等相關資料。

五、個人資料利用之期間、地區、對象及方式：

(一)期間：個人資料蒐集之特定目的存續期間、本會提供服務之期間、本會執行業務所必須之保存期間或依相關法令就資料之保存所訂保存年限。

(二)地區：台灣地區(包括澎湖、金門及馬祖等地區)。

(三)對象：本會。

(四)方式：1.電子文件、紙本或其他合於當時科技之適當方式。

2.符合個資法第 20 條規定之利用。

六、個資當事人得依個資法規定請求查詢、閱覽、製給複製本、補充或更正、請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。個資當事人行使上述權利時，須依本會規定驗證確認本人身分後提出申請。若委託他人辦理，須另出具委託書並同時提供受託人身份證明文件以供核對。若申請人不符前述規定，本會得請申請人補充資料，以為憑辦。

七、前條停止蒐集、處理、利用或刪除個人資料之請求，經本會受理後於個資法法定時限內通知請求人准駁之決定。

八、個資當事人應自行確認提供之個人資料均為真實且正確；如有不實或需變更者，個資當事人應立即檢附相關證明文件送交本會辦理更正。

九、個資當事人如未提供真實且正確完整之個人資料，初步審查即不通過。

十、本會得依法令或遵照主管機關、司法機關依法所為之要求，提供個人資料及相關資料。

十一、本人已詳閱如上告知聲明，同意提供個人資料、家庭成員概況，供審核使用。

簽署人：_____ 身分證字號：_____ 日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

臺大醫院基因醫學部生化遺傳實驗室

兒童福利聯盟補助-急重症快速三合一檢驗申請表

兒福聯盟補助通過後，請填妥背面的「受檢者臨床資訊」後將此申請表連檢體一同寄送

送檢資料

| | |
|-------------------------------|--|
| 檢驗單位 | 臺大醫院基因醫學部生化遺傳實驗室 |
| 檢體需求 | <input type="checkbox"/> 血液(EDTA 採血管)·父、母、病童每人各 1-2ml·室溫運送 <input type="checkbox"/> 請加填生化遺傳實驗室委託送檢單 https://redcap.link/ntuhlsdlab_form  |
| 報告回覆時間 | 口頭告知送檢醫師/單位初步結果: 1 週 正式報告: 2 週 |
| 次世代定序快速一家三口全外顯子檢測-單基因遺傳疾病自費價格 | NT\$116,500 |
| 付費比例 | <input type="checkbox"/> 全額補助：兒福聯盟支付 NT\$116,500 <input type="checkbox"/> 部分補助：兒福聯盟支付 NT\$70,000·受檢者自付價格 NT\$46,500 |
| 繳費方式 匯款/ATM 轉帳 | 銀行：合作金庫銀行臺大分行 (銀行代號 006) 帳號：1346-713-100100 戶名：臺大醫院作業基金 401 專戶 ✧ 匯款或ATM轉帳後，請email回傳ATM轉帳單、個案姓名及代檢疾病項目，email： ntuh.lsdlab@gmail.com |
| 寄件地址 | 100226 臺北市中正區中山南路 8 號 臺大醫院基因學部 兒童醫院大樓 19 樓 19004 室 |
| 聯絡窗口 | 02-2312-3456 分機 71939 吳兆斯先生(寄送前請先來電) |

受檢者臨床資訊：由送檢單位填寫(必填)

| | | | |
|--|--|--------------|-------------|
| 疑似疾病名稱 | <input type="checkbox"/> 已填寫生化遺傳檢驗室委託送檢單 <input type="checkbox"/> 若無，請填寫： | | |
| 受檢者之臨床症狀 | <input type="checkbox"/> 已填寫生化遺傳檢驗室委託送檢單 <input type="checkbox"/> 若無，請填寫： | | |
| 受檢者之家系圖 | | | |
| | | | |
| 送檢醫院 | 科別 | 送檢醫師 | 送檢日期 |
| | | | 年 月 日 |
| 檢驗報告回覆資訊 | | | |
| 收件人 | 聯絡電話 | Email | |
| | | | |
| 備註： 檢驗結果(陽性或陰性)將以“無識別性資料”的方式呈現於補助案結案報告 | | | |