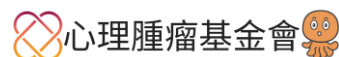


# 【癌友 ♥ 理諮詢門診】-費用補助申請書-



每年度申請至12月31日止，郵戳為憑，逾期恕不受理。

申請日期： 年 月 日

基本資料	申請人姓名	本年度申請次數	_____年度，第_____次申請 說明：您每年度可累積一次提出申請 如本次申請附3次就診收據請填： 112年，第1-3次申請		
	身分證字號	家用電話	手機號碼		
	居住地址			E-Mail	
	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 <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： )			
	罹癌治療 就診醫院				
況	「心理諮詢門診」 就診醫院 -限本會合約機構-	諮商/臨床心理師、 精神科醫師 <b>姓名或蓋章</b>			
證明文件	<b>【以下文件請連同本申請書掛號郵寄：251 新北市淡水區民權路75號11樓 心理腫瘤基金會】</b> 影本申請人之 ①身分證正反面   ②【罹癌診斷證明書】資料 ③「心理諮詢門診」費用單據 <實支實付，每人每次補助上限1200元整> ④銀行帳戶存摺封面				
簽名蓋章	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。</li> <li>● 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。(請勾選您的意願)</li> <li><input type="checkbox"/> 不同意貴會公開姓名及補助金額。</li> <li><input type="checkbox"/> 同意貴會公開姓名及補助金額。</li> </ul> <p style="text-align: center;">申請人親簽：</p>				

以下由本會填寫

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