

## 【癌友心理諮詢門診】費用補助申請辦法

### 一、補助說明：

- 1、常見罹癌之病友於治療期間，或多或少都有情緒困擾而想與專業的精神科/身心科醫師，或諮商心理師/臨床心理師談談，卻無力負擔自費心理諮詢門診費用（非健保給付範圍及醫療掛號費）。財團法人亞太心理腫瘤學交流基金會（以下稱本會）鼓勵癌友至本會合約機構「心理諮詢門診」看診，以降低治療過程中的心理不適，重回正常生活。
- 2、本補助專案申請手續簡便，檢附身分證明文件及自費心理諮詢門診診療費用單據即可申請，且開放可同時申請其他單位補助，亦不分癌別且不分國籍，盼癌症病患能安心尋求協助，積極治療，早日恢復日常生活。
- 3、本補助辦法以每一個年度（自該年 1 月 1 日起至 12 月 15 日）就診「心理諮詢門診」之次數計算【實支實付】，癌症病患可於門診後「六個月內」提出申請，每次補助金額上限為新台幣壹仟貳佰元整（NT\$1,200 元），每人每年度可申請 6 次，年度總補助金額最高可達新台幣柒仟貳佰元整（NT\$7,200 元），核實補助。
- 4、案件審核期間為 30 個工作天，本會將以電話聯繫方式通知審查結果。如蒙同意予以補助，申請人須先簽領撥款領據，本會確認領據收訖無誤後，始以「匯款方式」核撥補助款逕至申請人帳戶。以上作業方式如無法配合，請勿提出申請。
- 5、本會將依申請案件之寄件郵戳時間排序進行審核，每年度收案至 12 月 15 日止，逾期或年度預算已用罄將不予核撥補助，本會亦保留對此費用補助專案之最終同意權與額度決定權。

### 二、應備文件：

- 1、本會【癌友心理諮詢門診】費用補助申請表正本
  - 2、申請人身份證正反面影本
  - 3、申請人近三年內罹癌診斷證明書影本（限健保給付之醫院診所）
  - 4、本會合約機構之「心理諮詢門診」診療費用單據影本
  - 5、申請人郵局/銀行帳戶存簿封面影本（需完整呈現銀行別、分行、帳號、戶名等資訊）
- 請檢附上述 5 項證明文件，以 A4 尺寸文件備妥並確認清晰可供辨識，依序裝訂後郵寄掛號至本會：  
251033 新北市淡水區民權路 75 號 11 樓 心理腫瘤學基金會

#### \* 備註：

- 1、本會「心理諮詢門診」合約機構一覽表：<https://reurl.cc/d2AOWV>
- 2、證明文件不完整或不符規定者，本會不予受理且不寄回，如有疑問請來電洽詢！

您可至財團法人亞太心理腫瘤學交流基金會官方網站詳讀「癌友心理諮詢門診」費用補助專案申請辦法，並下載申請表（掃描左方 QR Code 或連至 <https://www.appoef.org.tw> → 點選「最新消息」 → 點選「重要公告」，或洽心理腫瘤學基金會 (02)2809-5200 / [cherie@appoef.org.tw](mailto:cherie@appoef.org.tw) 進一步諮詢。



## 【癌友心理諮詢門診】費用補助申請表

\*每年度申請至 12 月 15 日止，郵戳為憑，逾期恕不受理。

申請日期：113 年 月 日

基本資料	姓名		本年度申請次數	113 年度，第 _____ 次申請 說明：您每年度可累積一次提出申請。 如本次申請檢附 3 次就診收據，請填：第 1-3 次申請	
	身分證字號		E-mail		
	居住地址	□□□-□□□	手機號碼		
	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"/> 原位癌 <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：_____)			
	癌症治療醫院				
	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/身心科醫師 蓋章 (職章)		
簽名蓋章	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 案件審核期間為 30 個工作天，本會將以電話聯繫方式通知審查結果。如蒙同意予以補助，申請人須先簽領撥款領據，本會確認領據收訖無誤後，始以「匯款方式」核撥補助款逕至申請人帳戶。以上作業方式如無法配合，請勿提出申請。</li> <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。</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> 不同意貴會公開姓名及補助金額 <input type="checkbox"/> 同意貴會公開姓名及補助金額 (請勾選您的意願)</p> <p style="text-align: center;">申請人親簽 (簽妥後始完成申請流程)：</p> <p>*以上如有疑問請洽主辦單位心理腫瘤學基金會(02)2809-5200/<a href="mailto:cherie@appoef.org.tw">cherie@appoef.org.tw</a></p>				
證明文件	<p>以下 5 項文件請郵寄掛號：251033 新北市淡水區民權路 75 號 11 樓 心理腫瘤學基金會</p> <p><b>正本</b> ①本申請表 <b>影本</b> 申請人之：②身分證正反面③近三年內罹癌診斷證明書 ④「心理諮詢門診」費用單據 (實支實付，每人每次補助上限 NT\$1,200 元整) ⑤郵局/銀行帳戶存簿封面 (需完整呈現銀行別、分行、帳號、戶名等資訊)</p>				

以下由本會填寫：

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