

彰化縣政府辦理罹患癌症之兒童及青少年醫療費用補助申請表

申請日期： 年 月 日

壹：申請人資料：

申請人	姓名：	身分證字號：
	連絡電話：	與兒少之關係： ☐ 父 ☐ 母 ☐ 其他_____
兒少	姓名：	身分證字號：
	性別： ☐ 男 ☐ 女	出生日期： 年 月 日
戶籍地址	縣市 鄉鎮市區 村里 鄰 路街 巷弄 號樓	
通訊地址	縣市 鄉鎮市區 村里 鄰 路街 巷弄 號樓	
補助對象	☐ 罹患癌症未滿十八歲之兒童及青少年且父母(或一方)已設籍本縣滿一年以上者。	
	☐ 實際居住本縣未辦理戶籍登記、無國籍或未取得居留、定居許可之罹患癌症未滿十八歲兒童及青少年。	
補助金額	符合本項醫療補助申請資格，每人每年補助新臺幣 2 萬元。	
證明文件	☐ 申請表 ☐ 診斷書(一年內之區域級以上醫院開立) ☐ 設籍證明文件：最近三個月內戶籍謄本或新式戶口名簿影本(需有詳細記事) ☐ 兒童及青少年郵局存簿封面影本 ☐ 重大傷病卡核定函	

貳、審核（由縣政府查填）

審核結果	☐ 符合補助對象 ☐ 不符補助標準 ☐ 資料不齊 缺件_____		
本府審核簽章			
承辦人	科長	副處長	處長