

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： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 其他_____					
兒少	姓名：	身分證字號：					
	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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。						
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 申請表 <input type="checkbox"/> 診斷書(區域級以上醫院開立) <input type="checkbox"/> 設籍證明文件:新式戶口名簿影本(需有詳細記事) <input type="checkbox"/> 兒童及青少年郵局存簿封面影本 <input type="checkbox"/> 重大傷病卡核定函						

貳、審核(由縣政府查填)

審核結果	<input type="checkbox"/> 符合補助對象 <input type="checkbox"/> 不符補助標準 <input type="checkbox"/> 資料不齊 缺件_____		
本府審核簽章			
承辦人	科長	副處長	處長