

彰化縣彰化市公所辦理 年度罹患癌症之兒童及青少年醫療費用補助費申請書

申請日期： 年 月 日

壹、基本資料：

- 一、1、癌症患者姓名：_____
- 2、身份證字號：_____ 簽章：
- 3、出生年月日：_____
- 4、住 址：彰化市 里 _____ 路(街) 段 巷 弄 號 樓
- 5、電話：_____
- 二、1、申請人姓名：_____
- 2、身份證字號：_____ 簽章：
- 3、出生年月日：_____
- 4、住 址：彰化市 里 _____ 路(街) 段 巷 弄 號 樓
- 5、電話：_____

貳、申請資格：

- 一、補助對象：罹患癌症之兒童及青少年（十八歲以下）且罹患癌症時已設籍本市滿一年以上者
- 二、檢送文件：1、申請書一份。
2、全戶戶籍謄本乙份（三個月內）
3、地區醫院醫師開具之診斷書正本乙份（三個月內）
4、重大傷病卡核定函影本

參、補助金額：

符合本項醫療補助申請資格者，每人每年補助新臺幣壹萬元整，請於每年9月逕向本所社會課辦理。

肆、審核：

- 不符合退件（原因：1、補助對象不符合2、檢附文件不符合）
符合補助對象

承辦人	社會課長	財政課長	主計主任	市長
-----	------	------	------	----