

編號：

財團法人兒童肝膽疾病防治基金會  
兒童膽汁滯留基因檢測醫療補助申請表

填寫日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

- ◇小朋友姓名：\_\_\_\_\_ 性別：男 女
- ◇出生日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日
- ◇母親姓名：\_\_\_\_\_ 年齡：\_\_\_\_\_ 職業：\_\_\_\_\_
- ◇父親姓名：\_\_\_\_\_ 年齡：\_\_\_\_\_ 職業：\_\_\_\_\_
- ◇住址：\_\_\_\_\_
- ◇聯絡電話：(H) \_\_\_\_\_ (O) \_\_\_\_\_ 手機：\_\_\_\_\_
- ◇基因檢測日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日
- ◇目前治療醫院及醫師：\_\_\_\_\_醫院 / \_\_\_\_\_醫師
- ◇是否願意加入基金會以獲得更多醫療相關資訊？ 願意 不願意
- ◇家屬同意簽名：\_\_\_\_\_
- ◇主治醫師同意簽名及蓋章：\_\_\_\_\_

病情簡述：

---

---

---

檢查單繳費正本黏貼處

※ 注意事項(配合個人資料保護法，申請文件內容，僅提供本會寄發及審核資訊使用)  
親愛的家長：

1. 病童病情應有膽汁淤積及黃疸問題需求。申請表需由小兒肝膽腸胃科主治醫師核章並簡述病情(基因檢查收據請繳交正本)，並請附上醫院社工師評估單。
2. 資源有限為了幫助更多病童，本會補助將按照繳費收據正本及社工評估單核定補助款，家長須自行負擔部分醫療費用，每位病童限請領補助一次。
3. 申請單請寄回；本會地址：台北市中正區重慶南路1段57號6樓之7。