

財團法人

兒童肝膽疾病防治基金會

機關地址：台北市中正區重慶南路一段 57 號 6 樓之 7

聯絡人：李如珍 電話：(02) 2382-0886 轉 11

## 急難醫療補助申請表

補助方案內容：

患童特殊緊急醫療狀況，造成經濟上之困難，經醫師或社工推薦證明。

一、個案基本資料：

小朋友姓名		出生日期	
性別		出生醫院	
父親姓名		母親姓名	
父親職業		母親職業	
現住地址			
聯絡電話			

二、就醫資料：

現就診醫院：

病歷號：

診斷：

主治醫師或社工師簽章：

推薦人（醫師或社工師）病情簡述：

(配合個人資料保護法，申請文件內容，僅提供本會寄發相關資訊)

### ※補助注意事項

1. 補助金額以抵扣住院醫療費用及緊急醫療治療費為主，降低病童醫療費用負擔。補助額度按住院醫療費用及案家經濟狀況、償付能力予以核定。
2. 請檢附上住院開銷證明正本明細及醫院社工師評估單。

申請日期：中華民國      年      月      日