

編號

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 傳真：(02) 2388-1798

肝臟移植醫療補助申請表

補助方案內容：患童年齡低於 18 歲以下或現為學生且無工作者，且符合下列者：

1. 目前進行換肝移植評估或有肝臟衰竭情形，經社工師評估經濟困難者。
2. 健保不給付之特殊肝臟治療費用造成經濟上之困難，經醫師或社工師推薦證明者。

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：

就診醫院：

病歷號：

診斷：

主治醫師簽章：

病情簡述：

推薦人（醫師或社工師）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. 提供緊急醫療相關補助費用、降低貧苦病童部分醫療費用負擔。
2. 為了讓更多病童受惠，因此每位病童只限領一次補助。
3. 請附上夫妻雙方綜合所得證明正本及社工評估單。

日期：中華民國 年 月 日