



# 財團法人兒童肝膽疾病防治基金會

## 膽道閉鎖葛西手術醫療補助申請表

填寫日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_

◆ 寶寶姓名：\_\_\_\_\_ 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：\_\_\_\_\_

◆ 葛西手術日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

◆ 目前治療醫院及醫師：\_\_\_\_\_ 醫院 / \_\_\_\_\_ 醫師

◆ 是否願意加入本基金會以獲得更多膽道閉鎖相關資訊？ 願意 不願意

◆ 家屬同意簽名：\_\_\_\_\_

◆ 主治醫師同意簽名及蓋章：\_\_\_\_\_

(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)

診斷書正本黏貼處

### ※ 注意事項

親愛的家長：

1. 請將申請表及主治醫師開立診斷書(需說明葛西手術日期)寄回本會；本會地址：100 台北市重慶南路1段57號6樓之7 李小姐收。
2. 審核通過補助醫療慰問金。
3. 由於資源有限為了幫助更多病童，每人限請領補助一次。