

財團法人罕見疾病基金會
罕見疾病生育關懷補助 申請表

申請日期：

補助編號：

(此由承辦人員填寫)

申請人姓名		出生年月日		身分證字號	
懷孕次數		生產次數		目前懷孕週數	
產檢醫療院所			醫師姓名		電話
罹罕病之病友資料	姓名：_____ 出生日期：_____年____月____日 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 罹患罕病名稱：_____ 與申請人之關係：_____ 就診醫院/科別：_____ 主治醫師：_____醫師 是否已加入本會： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 目前健康狀況：_____				
戶籍地址					
聯絡地址				聯絡電話	

申請人需求說明 (請簡述病友疾病史、申請人目前狀況等)：

*絨毛膜取樣或羊膜穿刺檢查 已於_____週時施做 不做檢查 尚未確定
 *高解析度超音波 已於_____週時施做 不做檢查 尚未確定

支票抬頭/受款人姓名	申請人簽名
------------	-------

您好, 依據財團法人法第 25 條第三項第二款
 應主動公開：前一年度之接受補助、捐贈名單清冊及支付獎助、捐贈名單清冊，且僅公開其補助、捐贈者及受獎助、捐贈者之姓名或名稱及補(獎)助、捐贈金額。但補助、捐贈者或受獎助、捐贈者事先以書面表示反對，或公開將妨礙或嚴重影響財團法人運作，且經主管機關同意者，不公開之。

本人 同意 不同意 以受補助個案之名稱公開徵信，如未勾選者，視為同意。

簽署人：_____ 與個案(即申請人)關係：_____

日期：_____年_____月_____日

附件資料：

■入會申請表(已經入會免附)	■補助款入帳戶頭存摺正面影本
■產檢醫療收據正本	■產檢檢驗報告影本一份