

財團法人罕見疾病基金會
「國內罕見疾病檢驗補助方案」
自付額補助申請表

患者(受檢者) 姓名		出生日期		疾病名稱	
就診醫院				主治醫師	
醫院聯絡人				醫院聯絡電話	
送檢驗之機構					
檢驗項目					
受檢者/ 法定代理人		關係		聯絡電話	(家) (手機)
總檢驗金額		罕病基金會補助 60%金額		病患自付 40%金額	
申請 說明	申請罕見疾病基金會「國內罕見疾病檢驗補助方案」補助，因病患或家屬為低收入戶無法負擔檢驗費之自付額，擬向罕病基金會申請自付額檢驗費之補助。				

- 依據個人資料保護法第 6 條第一項第六款及第 8 條第二項第六款，本人(即受檢者)同意檢驗報告由檢驗單位分別提供予送檢醫師做診斷說明，以及本會做補助資料核對留存。
- 依據財團法人法第 25 條第三項第二款，財團法人應主動公開：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(即受檢者)已經了解即將施行檢驗之內容及可能無法獲得所預期之檢驗結果，同意配合送檢醫師安排進行採樣檢驗；並且同意 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。

*上述內容皆已閱讀知悉。

受檢者/法定代理人簽章_____ 申請日期 年 月 日

審核結果(此欄由審核人員填寫)

通過

不通過，原因：_____

承辦人員	組長/主任	會辦	副執行長	執行長

注意事項：

- * 請檢送此申請表及低收入戶證明影本(非清寒證明)需於檢驗前郵寄或傳真至財團法人罕見疾病基金會，以確認符合補助資格。
- * 本會審核後，補助款項逕匯至檢驗機構。
- * 寄件地址：104610 台北市中山區長春路 20 號 6F 汪俐穎 諮詢員 收
- * 聯絡電話：02-25210717 分機 155。傳真電話：02-25673560。