

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					
申請人		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。				
申請人 簽章				申請日期:	年 月 日

審核結果(此欄由審核人員填寫)				
<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 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：

- * 檢送此表格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：10450 台北市中山區長春路 20 號 6F 汪俐穎 諮詢員 收。
聯絡電話：02-2521 0717 分機 155。傳真電話：02-2567 3560。