



「經濟弱勢族群脊髓性肌肉萎縮症(SMA)帶因檢驗補助方案」

申請暨同意書

您好，罕見疾病基金會為加強對罕見疾病病友與弱勢族群之照顧，使疾病可早期發現早期因應與規劃，針對低收入戶懷孕婦女，提供 SMA 帶因檢驗費部分補助，補助期間自 110 年 1 月 1 日起至 110 年 12 月 10 日止(註：最晚需於 12 月 10 日完成抽血)。

- 一、補助對象：具低收入資格之懷孕婦女。需具有各縣市政府審核通過，由各鄉、鎮、市、區公所開具之低收入戶證明文件(不含清寒證明)。若檢驗結果為帶因者，也補助其丈夫帶因檢驗費用，屆時丈夫亦需填寫此申請暨同意書。
- 二、補助費用：符合補助之受檢者，每位減免檢驗費 1,500 元。本補助提供檢驗費部分減免，不包含掛號費、其他行政費用及超出之檢驗費用。
- 三、補助流程：
 1. 受檢者(本人)填妥此補助申請暨同意書，連同縣市政府核定之低收入戶證明影本(不含村里長開立之清寒證明)郵寄或傳真予罕病基金會審查。
 2. 審查通過者，基金會將以電子郵件或簡訊方式提供同意補助證明。
 3. 受檢者持同意補助證明至指定院所採檢，依該院所規定完成採檢，檢驗費減免 1,500 元。

四、申請資料(必填)：

受檢者姓名	性別	身分證字號	出生日期	聯絡電話
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		____年__月__日	
通訊地址(請填寫郵遞區號)			電子信箱(*必填，回覆同意補助證明用)	
□□□				
配偶是否接受過 SMA 帶因檢驗： <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是，配偶姓名_____檢驗結果： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 帶因		
<input type="checkbox"/> 本人瞭解並同意委託產檢醫療院所將檢體交予合作檢驗機構進行檢驗。 <input type="checkbox"/> 本人瞭解並同意檢驗報告副本將由檢驗機構提供予罕見疾病基金會，僅限於資料核對之用。 <input type="checkbox"/> 本人瞭解並同意提供院所收據正本予合作檢驗機構，且收據抬頭為檢驗機構名稱，用途為方案運作之證明文件。				
*受檢者(即申請人)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(即受檢者) <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 以受補助個案之名稱公開徵信。				
*受檢者(即申請人)簽名：_____				
日期：_____年_____月_____日				

各鄉、鎮、市、區公所開具之低收入戶證明文件影本黏貼處：

審核結果(此欄由審核人員填寫)

同意補助證明

通過，指定產檢醫療院所名稱_____

受檢者姓名_____ 出生日期____年____月____日 身分證字號_____

不通過，原因：_____

審查人：罕見疾病基金會醫療服務組(需用印方具效力)

**請持審查通過之同意補助證明，至上述指定產檢醫療院所接受
檢驗。**

注意事項：

1. 需於**檢驗前**將此表及低收入戶證明文件(非清寒證明)郵寄或傳真至罕見疾病基金會醫療服務組，以確認符合資格。
2. 申請寄件地址：10450 台北市中山區長春路 20 號六樓 醫療服務組收，連絡電話：02-2521-0717 分機 154。傳真電話：02-2567-3560。