

108 財團法人罕見疾病基金會 罕見疾病醫療補助

附件一

肺炎鏈球菌疫苗接種 補助申請表

申請日期：

補助編號：

(此由本會填寫)

病友姓名		出生年月日		個案編號	
疾病名稱					
申請人姓名		與病友關係		聯絡電話	
病友 戶籍地址	縣(市) 鄉區鎮(市) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號(之) 樓(之)				
通訊地址	☐ 同戶籍地址。				
肺炎鏈球菌 疫苗種類	☐ PCV 結核型肺炎鏈球菌疫苗(13 價) ☐ PPV 多醣體疫苗(23 價) (由醫師填寫，簽章_____)			接種地點	☐ 醫院 ☐ 診所 ☐ 衛生所 ☐ 其他
醫療單據正本黏貼處：(請浮貼)					
受款人姓名		與病友關係		申請人簽名	

審核結果(此欄由審核人員填寫)

☐ 通過，審核補助金額：_____

☐ 不通過，原因：_____

承辦人員	組長/主任	會辦	副執行長	執行長

附件資料： 1. 施打疫苗之醫療單據正本。

2. 受款人存摺影本。

3. 本會病友資料表（已入會則免附）

請將上述資料郵寄至 10450 台北市中山區長春路 20 號 6 樓 罕病基金會 醫療服務組收。

附件二

病友姓名

黏貼處

*若非病友本人帳戶，請註明帳戶受款人與病友之關係

本會承辦人員簽章：