## 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

	F	申請日期:	<b>青日期:</b> 補		浦助編號:	(此由本會填寫)				
病友姓名	病友姓名				個案編號					
疾病名稱										
申請人姓名		與病友關係			聯絡電話					
病友	縣(7	市) ;	鄉區鎮(市	)	村(里)	)				
户籍地址	路(往	街) 段	巷	弄	號(之)	樓(之)				
通訊地址	□同户籍地址。									
肺炎鏈球菌	□PCV 結核型肺炎	•	價)		接種地點	醫院 □診所				
疫苗種類		PPV 多醣體疫苗(23 價) (由醫師填寫,簽章)				□衛生所 □其他				
	黏貼處: <b>(請浮貼)</b>	上 上 田 / /	T		· L. N. A. J.					
受款人姓名		與病友關係		甲部	請人簽名					
審核結果(此欄由審核人員填寫)										
<ul><li>□ 通過,審核補助金額:</li><li>□ 不通過,原因:</li></ul>										
承辦人員	組長/主任	會新	梓	副	刘執行長	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。

## 108 財團法人罕見疾病基金會 罕見疾病醫療補助

附件二

## 肺炎鏈球菌疫苗接種 受款人存摺影本黏貼表

病友姓名											
【匯款帳號存摺影本】											
*請提供最新及正確之帳號,以利後續補助款項撥付 *帳號、戶名、銀行/郵局及分行名稱與代碼務必清楚 *若非病友本人帳戶,請註明帳戶受款人與病友之關係											
戶名(受款人)	關係	银行/郵局名稱	分行名稱	帳號	÷						
戶名(受款人)身	分證字號										
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:											
			日期	: 年	月 日						

本會承辦人員簽章: