財團法人罕見疾病基金會

112年無障礙計程車乘車補助**《核銷表》**

填寫日期： 補助編號：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病友姓名 |  | 病友編號 |  |
| 聯絡電話 |  | 申請人 |  | 關係 |  |
| 搭乘概況**※請填寫本年度的搭乘狀況** | 一、當您**預約**無障礙計程車時，曾遇到哪些狀況？(可複選)(1)□車行電話打不進去 (2)□預約不到車(3)□沒有遇到任何困擾 (4)□其他： 二、請問您常用哪種方式叫車？(可複選)(1)□透過車行電話預約 (2)□直接與司機聯絡（包含電話、Line）(3)□透過APP預約 (4)□其他： 三、當您**搭乘**無障礙計程車時，曾遇到哪些狀況？(可複選)(1)□無 (2)□拒載 (3)□超收車資 (4)□等待太久 (5)□輪椅擺放不舒適 (6)□擔心交通費用 (7)□司機態度不佳 (8)□車輛品質不佳 (9) 其他： 四、您所搭乘到的無障礙計程車收費方式為何？(可複選)(1)□按跳錶收費 (2)□喊價（約每趟 元）(3)□跳錶再加價收費（加　 　元） (4)□其他： 　　　 五、您認為無障礙計程車計費方式是否合理？(1)□是 (2)□否，原因： 六、請您對搭乘無障礙計程車之整體感受：(1分為感受非常不佳；10分為感受極佳) 評分 分(滿分10分)七、基金會本項補助是否增加您搭乘無障礙計程車的意願？(1)□是 (2)□否，原因： 八、若您有推薦給其他病友的友善司機，歡迎提供司機姓名、電話、車號。九、您有其他想說的話嗎？ |
| 公開徵信 | 根據《財團法人法》第25條第三項第二款規定，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。**簽署人：(親筆簽名)** 與個案關係：  |

檢附資料：

1. □受款人存摺影本。
2. □今年度實際搭乘無障礙計程車的照片兩張。
3. □無障礙計程車乘車明細表、乘車收據。

上述資料連同本核銷表，請於**第1次**核銷時(全年度最多分2次核銷)一同**寄至：104台北市中山區長春路20號6樓 「罕見疾病基金會—病患服務組　收」。**若有問題請洽：(02)2521-0717分機167張小姐。

|  |  |
| --- | --- |
| **第1次****本會審核**(申請人請勿填寫) | 承辦人評估：□核其實際搭乘無障礙計程車，予以補助。□其他補充說明：**評估結果：□核予撥付，金額　　　　　　　元，尚餘　　　　　　　元。** |
| 承辦人 |  | 部門主管 |  | 會辦研企組 |  |
| **第2次****本會審核**(申請人請勿填寫) | 承辦人評估：□核其實際搭乘無障礙計程車，予以補助。□其他補充說明：**評估結果：□核予撥付，金額　　　　　　　元，總核銷金額　　　　　　　元。** |
| 承辦人 |  | 部門主管 |  | 會辦研企組 |  |

財團法人罕見疾病基金會

112年無障礙計程車乘車補助**《核銷表》**

|  |
| --- |
| 【匯款帳號存摺影本】黏貼處病友本人帳戶優先，如非病友帳戶，請填受款人戶名以及與病友的關係 |
| 戶名 | 關係 | 銀行/郵局名稱 | 分行名稱 | 銀行/郵局代碼 | 帳號 |
|  |  |  |  |  |  |

財團法人罕見疾病基金會

112年無障礙計程車乘車補助**《核銷表》**

**是否提供電子檔：□是，於 月 日已MAIL/LINE。 □否，黏貼於下表。**

|  |
| --- |
| 【2023年實際搭乘無障礙計程車照片①】黏貼處(請提供一張今年度實際搭乘無障礙計程車的照片，車內車外皆可，可請隨行者或司機協助拍攝)  注意事項：1.照片可直接黏貼或提供電子檔（二擇一） 2.可直接Mail至ps02@tfrd.org.tw，並標明名字及申請無障礙 計程車補助 3.傳至無障礙計程車專用LINE帳號（https://lin.ee/pFIpsqs）  或搜尋ID：@685rovtq，或掃QRC |

|  |
| --- |
| 【2023年實際搭乘無障礙計程車照片①】黏貼處(請提供一張今年度實際搭乘無障礙計程車的照片，車內車外皆可，可請隨行者或司機協助拍攝)  注意事項：1.照片可直接黏貼或提供電子檔（二擇一） 2.可直接Mail至ps02@tfrd.org.tw，並標明名字及申請無障礙 計程車補助 3.傳至無障礙計程車專用LINE帳號（https://lin.ee/pFIpsqs）  **或搜尋ID：@685rovtq，或掃QRC** |

**《2023罕見疾病基金會無障礙計程車補助—乘車明細》**

第 頁

核銷次數：⬜ 第一次($ / 次)

⬜ 第二次($ / 次)

**※ 每趟最多補助1,000元，未附乘車收據將不予補助。**

**病友姓名： 補助編號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  | **日期** | **金額** | **車號** | **起點** | **迄點** | **目的** | **補助金額****申請人勿填寫** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |  | ⬜就醫⬜就學⬜就業⬜旅遊⬜其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(務必填寫) |  |
| 2 |  |  |  |  |  | ⬜就醫⬜就學⬜就業⬜旅遊⬜其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(務必填寫) |  |
| 3 |  |  |  |  |  | ⬜就醫⬜就學⬜就業⬜旅遊⬜其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(務必填寫) |  |
| 4 |  |  |  |  |  | ⬜就醫⬜就學⬜就業⬜旅遊⬜其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(務必填寫) |  |
| 5 |  |  |  |  |  | ⬜就醫⬜就學⬜就業⬜旅遊⬜其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(務必填寫) |  |
| 6 |  |  |  |  |  | ⬜就醫⬜就學⬜就業⬜旅遊⬜其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(務必填寫) |  |
| 7 |  |  |  |  |  | ⬜就醫⬜就學⬜就業⬜旅遊⬜其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(務必填寫) |  |
| 8 |  |  |  |  |  | ⬜就醫⬜就學⬜就業⬜旅遊⬜其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(務必填寫) |  |
| 9 |  |  |  |  |  | ⬜就醫⬜就學⬜就業⬜旅遊⬜其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(務必填寫) |  |
| 10 |  |  |  |  |  | ⬜就醫⬜就學⬜就業⬜旅遊⬜其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(務必填寫) |  |
| 11 |  |  |  |  |  | ⬜就醫⬜就學⬜就業⬜旅遊⬜其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(務必填寫) |  |
| 12 |  |  |  |  |  | ⬜就醫⬜就學⬜就業⬜旅遊⬜其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(務必填寫)**小計：** |  |

**補助編號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

第 頁

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **日期** | **金額** | **車號** | **起點** | **迄點** | **目的** | **補助金額****申請人勿填寫** |
| 13 |  |  |  |  |  | ⬜就醫⬜就學⬜就業⬜旅遊⬜其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(務必填寫) |  |
| 14 |  |  |  |  |  | ⬜就醫⬜就學⬜就業⬜旅遊⬜其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(務必填寫) |  |
| 15 |  |  |  |  |  | ⬜就醫⬜就學⬜就業⬜旅遊⬜其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(務必填寫) |  |
| 16 |  |  |  |  |  | ⬜就醫⬜就學⬜就業⬜旅遊⬜其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(務必填寫) |  |
| 17 |  |  |  |  |  | ⬜就醫⬜就學⬜就業⬜旅遊⬜其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(務必填寫) |  |
| 18 |  |  |  |  |  | ⬜就醫⬜就學⬜就業⬜旅遊⬜其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(務必填寫) |  |
| 19 |  |  |  |  |  | ⬜就醫⬜就學⬜就業⬜旅遊⬜其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(務必填寫) |  |
| 20 |  |  |  |  |  | ⬜就醫⬜就學⬜就業⬜旅遊⬜其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(務必填寫) |  |
| 21 |  |  |  |  |  | ⬜就醫⬜就學⬜就業⬜旅遊⬜其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(務必填寫) |  |
| 22 |  |  |  |  |  | ⬜就醫⬜就學⬜就業⬜旅遊⬜其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(務必填寫) |  |
| 23 |  |  |  |  |  | ⬜就醫⬜就學⬜就業⬜旅遊⬜其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(務必填寫) |  |
| 24 |  |  |  |  |  | ⬜就醫⬜就學⬜就業⬜旅遊⬜其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(務必填寫) |  |
| 25 |  |  |  |  |  | ⬜就醫⬜就學⬜就業⬜旅遊⬜其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(務必填寫)**小計：** |  |