

中華民國血友病協會

病友會員優生學篩檢補助申請資料表

承辦單位：社團法人中華民國血友病協會

聯絡窗口：秘書處

連絡電話：(02)2391-0544

郵寄地址：100019 台北市中正區杭州南路一段 125 號 2 樓

(社團法人中華民國血友病協會)

補助對象：1. 本會會員（無欠費者）或會員配偶。

2. 夫妻任一方為經確診之血友病或類血友病患者，或為已確認之基因帶因者。

3. 夫妻雙方具備生育意願，並經生殖醫學中心醫師評估適用胚胎植入前遺傳診斷（PGD/PGT-M）等優生篩檢技術。

4. 經本會認定有經濟需求，無法自行負擔全額篩檢費用之家庭。

申請流程：掛號郵寄申請資料表、醫療診斷證書、醫療費收據正本、匯款帳戶封面影本至協會，協會審查後若符合補助資格，將主動通知申請人（以上約需 3 個月工作天）。

申請時效：當月申請資料請於次月底前，將所需資料全數掛號郵寄至協會，如超過時效將不予以補助。

計畫資格：提供就診困難之病友補助，不因行動不便或時間問題而中斷治療，本計畫補助有名額限制額滿為止，不再另行公告。

協會將依審核結果決定最終補助對象。

申請日期		總金額				
年	月	日				
病患 資訊	姓名：	手機：				
	身分證：					
	通訊 地址	縣市	區鄉鎮	里	鄰	
	路(街)	段	巷	弄	號	樓
匯款資訊						
帳戶名稱	以下銀行或郵局帳戶 請擇一填寫即可					
銀行名稱	分行(局)名稱	帳號				
		<請由左開始填寫，碼數不足時請勿補 0>				
銀行	分行					
中華郵政	分局					

