

中華民國血友病協會

病友會員復健服務申請資料表

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. 本會病友會員(未欠繳會費者)。

2. 血友病或類血友病患，並持有身心障礙證明或重大傷病卡。

申請流程：掛號郵寄申請資料表、執行證明、復健費用收據正本、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。

協會有權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： | |
| | 通訊 地址 | 縣市 路(街) | 區鄉鎮 段 巷 弄 號 鄰 樓 |
| 復健診所資訊 | 名稱： | 電話： | |

| 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 | | | | | | | | | | | |
| 應備文件 | <input type="checkbox"/> 申請資料表 <input type="checkbox"/> 執行證明(照片 2-3 張) <input type="checkbox"/> 復健費用收據正本 <input type="checkbox"/> 匯款帳戶封面影本 | | | | | | | | | | | |

正本單據/憑證黏貼處 (請浮貼)

申請人簽章

本人已閱讀並了解本申請表之內容，保證上述所填各項資料及所附文件均為真實，並知悉提供不實資料及違反相關法令之後果。若有可歸責於已之事由，除繳回所領金額外，並願自負一切法律責任。

本申請之補助款項，經社團法人中華民國血友病協會審核通過，並核撥至本人帳戶內後，如日後有任何具領爭議，本(具領)人願負法律上之完全責任。

申請人簽章：_____申請時間：_____年_____月_____日