

血液細胞遺傳學檢驗(唐氏症檢測補助費用)申請表

本表由案家與本會人員填寫(請以正楷填寫)

申請日期：中華民國 年 月 日

受檢者資料			
姓名		身分證字號	
出生日期	民國 年 月 日	實足年齡	歲 月
通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 鄉鎮 路 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 市 市區 街 段 巷 弄 號 樓之 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
是否為唐氏症整合門診服務使用者	<input type="checkbox"/> 是，目前為唐氏症整合門診服務使用者 <input type="checkbox"/> 否，請續勾選下方欄位： <input type="checkbox"/> 需要諮詢唐氏症整合門診服務內容 <input type="checkbox"/> 暫不需要		
本次檢測是否接受國健署或其他相關補助	<input type="checkbox"/> 否，本次檢測無接受相關補助 <input type="checkbox"/> 是，請續勾選下方欄位： <input type="checkbox"/> 已獲國健署補助金額：_____元 <input type="checkbox"/> 已獲_____補助金額：_____元		
申請人資料			
姓名		聯絡電話	市話：() 手機：
出生日期	民國 年 月 日	身分證字號	
與受檢者關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 監護人(法定代理人)		
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同受檢人 <input type="checkbox"/> 與受檢人不同，另列入下 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 鄉鎮 路 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 市 市區 街 段 巷 弄 號 樓之 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
E-MAIL			
獲得該補助資訊來源	<input type="checkbox"/> 本會單位：_____ <input type="checkbox"/> 唐氏症整合門診 <input type="checkbox"/> 醫院：_____		
請勾選確認申請應備資料	<input type="checkbox"/> 補助方案申請單(附件一) <input type="checkbox"/> 檢測報告影本(若有診斷證明書請一併附上) <input type="checkbox"/> 檢測繳費收據影本 <input type="checkbox"/> 具領人身分證正、反面影本(外籍人士請提供居留證或護照影本) <input type="checkbox"/> 具領人金融機構存款簿載明分行帳號之封面影本		

(一)社團法人中華民國唐氏症關愛者協會依目的事業主管機關訂定業務之需要依個人資料保護法之特定目的(包括補助徵信、福利物資寄送或資訊提供)而蒐集、處理及利用您提供下列的個人資料，俾便服務聯繫、資訊寄送及方案核銷等相關用途使用：

1. 姓名 2. 聯絡方式(包括電話號碼、E-MAIL、地址)
3. 基本資料(包括身分證字號、出生年月日、年齡) 4. 檢驗報告及醫療收據

(二)您可依個人資料保護法，就您的個人資料向本會

1. 查詢或請求閱覽 2. 請求補充或更正
3. 請求停止蒐集、處理及利用 4. 請求刪除

(三)若您所提供之個人資料，經檢舉或本會發現不足以確認您的身分真實性或其他個人資料冒用、盜用、資料不實等情形，本會有權暫時停止提供對您的服務，若有不便之處敬請見諒。

上述內容皆已閱讀知悉。

法定代理人簽名：_____ 與受檢者關係：_____

日期：中華民國_____年_____月_____日

案件審查(此欄由收件及審核人員填寫)

通過

未通過，原因：

資格不符。

資料或資訊不全，缺少以下附件：

補助方案申請單(附件一)

檢測報告影本(若有診斷證明書請一併附上)

檢測繳費收據影本

具領人身分證正、反面影本(外籍人士請提供居留證或護照影本)

具領人金融機構存款簿載明分行帳號之封面影本

請於中華民國_____年_____月_____日前完成補件。

預計本次申請補助金額總計：_____元

收件人員

審核人員

複審(此欄由審核人員及部門主管填寫)

通過

未通過，原因：

資格不符。

未依期限，於中華民國_____年_____月_____日前完成補件

核發本次申請補助金額總計：_____元

審核人員

單位主管