

# 銀髮偏鄉



Cancer  
Care

## 就醫無礙

就醫交通補助

康復之路不再遙遠

長路漫漫，就醫難難，癌症病友需要持續的治療，才能穩定控制病情。  
台灣癌症基金會與富邦人壽攜手，解決偏鄉地區銀髮癌友的就醫交通問題，  
陪他們一同走完療程，邁向康復之路！

**申請時間** 110年11月01日至111年12月31日

### 補助地區

大南部（嘉義以南）、東部（宜蘭、花蓮、台東）為主。

而台東、屏東地區優先由基金會評估媒合就醫交通工具之服務。

### 補助方式

每人補助8,000元或等值交通媒合服務。

### 申請資格

1. 60歲以上癌友
2. 住家距離醫療院所10公里以上
3. 每月至少回診治療一次
4. 經濟弱勢（由本會審核評估）
5. 如有任何疑問，請洽諮詢專線：(07) 311-9137#208羅社工



### 申請流程

1. 備齊以下需檢附的資料：【銀髮偏鄉 就醫無礙】癌症病友就醫交通補助申請表
2. 申請人身份證（正反）影印本
3. 政府核定之低收 / 中低收入戶證明正本或村里長核發之清寒證明正本乙份  
（須為有效期限內或申請日期6個月內）
4. 全戶戶籍謄本正本（申請日期3個月內）或戶口名簿影本
5. 診斷證明書正本（申請日期3個月內，須註明確診癌別、確診日期與治療狀況等細項）
6. 提供收款帳戶封面影本（清楚註記銀行、分行別、戶名、帳號）
7. 其他附件資料：身心障礙手冊影本（如有辦理請檢附）
8. 將交通補助申請表暨檢附資料郵寄掛號至：

807高雄市三民區九如二路150號9樓之1，台灣癌症基金會-銀髮南鄉就醫無礙專案小組收



如有任何疑問，請洽諮詢專線：(07) 311-9137#208羅社工。

# 【銀髮偏鄉 就醫無礙】 就醫交通補助申請表

填表日期： 年 月 日

**申請資格：**

1. 60歲以上癌友 2. 住家距離醫療院所10公里以上 3. 每月癌症回診至少一次 4. 經濟弱勢 (須由本會評估審核)

<input type="checkbox"/> 自行申請		轉介單位		email		
<input type="checkbox"/> 院所團體轉介		承辦人				
個案摘要	基本資料	姓名	出生年月日			
		性別	電話住家	行動電話		
	聯絡地址	□□□				
	診斷與治療	癌別	期別：	診斷時間	民國 年 月	
轉移部位		□無 □有，部位：		癌症復發	□無 □有，民國 年 月	
手術切除		□無 □有，次數：_____ 時間： 年 月(最近一次)				
目前治療方式		<input type="checkbox"/> 化學治療 開始日：民國 ___/___/___ 藥名： <input type="checkbox"/> 標靶治療 開始日：民國 ___/___/___ 藥名： <input type="checkbox"/> 放射線治療 開始日：民國 ___/___/___ 藥名： <input type="checkbox"/> 免疫治療 開始日：民國 ___/___/___ 藥名： <input type="checkbox"/> 抗賀爾蒙治療 開始日：民國 ___/___/___ 藥名： <input type="checkbox"/> 中西整合療法 <input type="checkbox"/> 定期門診追蹤 <input type="checkbox"/> 安寧療護 <input type="checkbox"/> 其他治療：				
檢附資料	<input type="checkbox"/> 1. 就醫交通補助申請表 <input type="checkbox"/> 2. 申請人身份證 (正反) 影本 <input type="checkbox"/> 3. 全戶戶籍謄本正本 (申請日期3個月內) 或戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 4. 政府核定之低收入/中低收入戶證明正本或村里長核發之清寒證明正本乙份 (須為有效期限內或申請日期3個月內) <input type="checkbox"/> 5. 診斷證明書正本 (申請日期3個月內，須註明確診癌別、確診日期與治療狀況等細項) <input type="checkbox"/> 6. 提供收款帳戶封面影本(清楚註記銀行、分行別、戶名、帳號) <input type="checkbox"/> 7. 其它附件資料如：身心障礙手冊影本 (如有辦理請檢附)					
	撥款帳戶	戶名	銀行	分行		
		帳號				
	我同意，將我個人資料作為基金會癌友關懷服務之聯繫、活動簡訊通知及本會相關問卷研究之用，並且我了解我的個人資料將被保密，不作其他用途。 申請人簽名或蓋章：_____					
	簽核	督導	主任	承辦人		
	勿勾選，此欄由本專業社工師評估後填寫		<input type="checkbox"/>	交通媒合服務	<input type="checkbox"/>	撥發現金