

台灣肌無力症關懷協會 歲末寒冬送暖計畫

病友個案救助補助金申請表

申請日：_____年____月____日 檔案編號：_____ (本會填寫)

姓 名		性別		相 片 黏 貼 處
出生日期	民國 年 月 日	身份 證號		
聯絡人	聯絡人姓名： 聯絡人電話：			
病友居住地	市 區 里 鄰 路 號 樓			
病友戶籍地	市 區 里 鄰 路 號 樓			
發病時間	年 月	目前就診 醫院名稱		
提報人及 提報原因 (請詳述)	本欄由提報人填寫			
附件及資料	重大傷病證明、最近一次的藥袋、存摺封面 所檢附金融機構或郵局之存簿封面影本應可清晰辨識，帳戶姓名須與本案申請人資料相符以免無法入帳。			
審核結果				

複核審查:

執行祕書:

承辦人: