

附表一

罕見疾病國際醫療合作及費用補助申請書(**第 聯)

病人基本資料：

病人姓名：_____身分證統一編號：_____

生日：____年____月____日

家庭類別：一般 中低收入戶 低收入戶

中低或低收入戶家庭核定日期及文號：

中華民國____年____月____日 字第_____號

戶籍地址：_____

居住地址：_____

連絡電話：(____) _____(手機)_____

疾病名稱及診斷代碼：_____

申請國際醫療合作資料：

申請理由摘要：_____ (另請於診療計畫書詳述)

(預計)治療摘要：_____ (另請於診療計畫書詳述)

(預計)治療期間：____年____月____日至____年____月____日

(預計)前往國家及醫療機構名稱：_____

國外醫療機構地址：_____

國外醫療機構治療負責人及職稱：_____

治療負責人連絡方式：電話_____ E-Mail_____

醫療費用預估數：新臺幣_____元(外幣名稱及金額_____)

醫療費用實際數：新臺幣_____元(外幣名稱及金額_____)

申請補助金額：新臺幣_____元(本項於申請費用補助，繳交第二聯時才需填寫，並請檢具醫療費收據；且每一個案補助金額累計最高上限不得逾新臺幣一百五十萬元

整。符合低收入戶及中低收入戶病人，補助金額累計最高

上限不得逾新臺幣三百萬元整。)

申請人資料：

申請人姓名：_____ (簽章)

與病人關係：_____ (申請人為法定代理人時，請填寫此欄，並請繼續填寫下列欄位)

法定代理人連絡方式：電話_____ E-Mail_____

法定代理人身分證統一編號：_____

法定代理人戶籍地址：_____

法定代理人居住地址：_____

中華民國____年____月____日

**本附表一式二聯，第一聯於申請至國外進行國際醫療合作時繳交，第二聯於申請國際醫療合作發生之醫療費用補助時繳交

