

附表二

罕見疾病國外代行檢驗及費用補助申請書(\*\*第 聯)

病人基本資料：

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：(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_手機號碼：\_\_\_\_\_

法定代理人姓名：\_\_\_\_\_與病人關係：\_\_\_\_\_連絡電話：\_\_\_\_\_

身分證統一編號：\_\_\_\_\_

戶籍地址：\_\_\_\_\_居住地址：\_\_\_\_\_

申請(國外)代行檢驗資料：

病人疾病名稱及診斷代碼：\_\_\_\_\_

代行檢驗項目名稱：\_\_\_\_\_

檢驗費用預估數：新臺幣\_\_\_\_\_元(外幣名稱及金額\_\_\_\_\_)

檢驗費用實際數：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，並請檢具檢驗費用收據；得申請補助百分之八十，每一個案累計每年不得逾新臺幣八十萬元)

檢體類別：血液羊水尿液絨毛膜尿片血漿血清其他

申請代行檢驗理由：\_\_\_\_\_ (請務必填寫)

代行檢驗機構名稱及地址：

代行檢驗機構聯繫人：\_\_\_\_\_電話\_\_\_\_\_E-mail\_\_\_\_\_

申請機構名稱：\_\_\_\_\_ (請加蓋機構章戳)

地址：\_\_\_\_\_電話：\_\_\_\_\_

申請代表人：\_\_\_\_\_ (簽章) 職稱：\_\_\_\_\_電話：\_\_\_\_\_

病人或其法定代理人知情同意簽章：\_\_\_\_\_

中華民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

\*\*本附表一式二聯，第一聯於申請代行檢驗時繳交，第二聯於申請代行檢驗費用補助時繳交