

財團法人乳癌防治基金會
 乳房重建植入物補助申請書

申請日期： 年 月 日

姓名	身分證號碼	出生日期： 民國 年 月 日	
聯絡地址：□□□			
聯絡電話：		手機：	
電子郵件：			
婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶			
經濟來源： <input type="checkbox"/> 自己有工作 <input type="checkbox"/> 父母扶養 <input type="checkbox"/> 子女提供 <input type="checkbox"/> 親友提供(含配偶) <input type="checkbox"/> 政府補助 <input type="checkbox"/> 其他			
腫瘤部位： <input type="checkbox"/> 左側乳房 <input type="checkbox"/> 右側乳房		期別：	乳房切除時間： 年 月
是否接受化學或放射線治療： <input type="checkbox"/> 化學治療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 都沒有			
預計重建時間：_____年 _____月 _____日			
預計進行乳房重建手術之醫院/醫師 _____市/縣 _____醫院 _____醫師			
重建類別(一)： <input type="checkbox"/> (1)立即性重建 <input type="checkbox"/> (2)延遲性重建		請簡短說明申請補助原因：	
檢附文件： <input type="checkbox"/> (1)本申請書 <input type="checkbox"/> (2)身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> (3)診斷證明書 <input type="checkbox"/> (4)其他(例如經政府機關核定 之中低收入戶或身心障礙手冊。)			
以下請勿填寫			
收件日期：		核定結果： <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過	
收件編號：109-		核定通知：	
收件回覆：		補助日期：	

申請文件繳交方式：(二擇一)

電子郵件：breastcf22@gmail.com 乳癌防治基金會收

郵寄地址：台北市中正區杭州南路一段6巷7號1樓 乳癌防治基金會收

109年9月26日