

國泰世華銀行文化慈善基金會 代辦
台北市身心障礙服務推展協會 承辦

泓陞慈善基金申請表
(兒童罕見疾病家庭急難救助金)

◎是否願意收到本會各項活動訊息? 是 否 *請配合勾選

編號	本欄勿填		申請日	103年	月	日	校名				
填寫人資料 (請完整填寫)	姓名		性別		學生資料 (請完整填寫)			姓名		性別	
	與學生關係							身份證字號		姓名是否公開?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	聯絡電話 【一定要留哦】	日:						出生年月日		照片是否公開?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		夜:						家長姓名			
		行動:						聯絡電話	夜:		
	聯絡地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		日:							
	E-MAIL			聯絡地址				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	老師姓名			E-MAIL							
老師聯絡電話											
家庭收入情形	每月	元	罕見疾病名稱								
曾否接受其它性質救助金: <input type="checkbox"/> 有, 單位: _____ 金額: _____ 元 <input type="checkbox"/> 無											
兒童情況簡述: (務必填寫, 若無任何描述則以其他申請案件為優先; 若不敷使用, 請另以A4規格填寫)											
附件: <input type="checkbox"/> 低收入證明文件 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊(身心障礙證明)正、反面影本 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 急難救助文件(簡述急難情況, 並請老師證明之) <input type="checkbox"/> 罕見疾病證明文件 <input type="checkbox"/> 其他 → 共 _____ 份											
※以下由審查機關填寫, 申請人勿填:											
台北市身心障礙服務推展協會					國泰世華銀行文化慈善基金會						
通過			不通過		通過			不通過			
核准日期: 103年 月 日				發予日: 103年 月 日				收據號:			
備註: 1. 申請資格: 設籍台北市、新北市之國小或同年齡以下罕見疾病之兒童(具低收入戶者優先) 2. 申請資料恕不退件, 若未備齊者, 恕不通知及受理。相關資料彙整後請寄本會: 10873 台北市萬大路 437 號 3 樓, 台北市身心障礙服務推展協會收 本會聯絡電話: (02)2303-7629 • 2305-5423 聯絡人: 執行秘書蔡瓊瑤											

本申請案件受理於即日起至 103 年 9 月 22 日止, 逾期不再受理。若有任何疑問請來電詢問。