

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)

編號	本欄勿填		申請日	100年	月	日	校名					
填寫人資料	姓名		性別					姓名		性別		
	與學生關係						身分證字號	姓名可公開				
	聯絡電話 【一定要留哦】	日：						出生年月日	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否			
		夜：						家長姓名				
		行動：							聯絡電話	夜：		
	聯絡地址	□□□□□□					聯絡地址	日：				
	E-MAIL							聯絡地址		行動：		
	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：有，單位：_____ 金額：_____ 元 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：低收入證明文件 身心障礙手冊影本 戶籍謄本 急難救助文件(簡述急難情況，並請老師證明之) 罕見疾病證明文件 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：100年 _____ 月 _____ 日 發予日：100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 100 年 9 月 10 日止，逾期不再受理。若有任何疑問請來電詢問。