

社團法人中華民國唐氏症關愛者協會 函

會址：新北市三重區重新路五段 609 巷 14
號 3 樓之 5

電話：(02) 2278-9866 分機 21~25

傳真：(02) 2278-9855

受文者：台灣周產期醫學會

發文日期：中華民國 112 年 06 月 02 日

發文字號：(112)唐協秘字第 0030 號

速 別：普通

密等及解密條件：普通

附件：血液細胞遺傳學檢驗(唐氏症檢測補助費用)補助辦法

主 旨：有關本會「血液細胞遺傳學檢驗(唐氏症檢測補助費用)補助」申請案，受理申請自即日起至 112 年 09 月 18 日或額滿經費用罄為止，敬請鼓勵符合申請資格人員提出申請作業，詳如說明，請查照。

說 明：

- 一、 本會為加強對唐氏症者的照顧，並使得疾病可經由確認診斷後提供相對應適切的醫療照護，特針對檢測後確認為唐氏症者，提供檢測費用補助。
- 二、 補助項目及金額：針對血液細胞遺傳學檢驗確認為唐氏症者，每案最高給予新台幣 5,000 元補助(實支實付)。
- 三、 申請期限：即日起受理，依到件順序為主，受理至 112 年 09 月 18 日或額滿經費用罄為止。
※本案依醫療收據日期為主(收據年度須為 112 年)

四、 申請條件：

- (一)經醫師之臨床診斷疑似唐氏症，進行血液細胞遺傳學檢驗後確認為唐氏症者(每人補助一次為限)。
- (二)須由唐氏症者之法定代理人或監護人提出申請。

五、 申請方式

- (一)填寫申請單可至本會官網下載申請表。(網址：
https://www.downfamily.org.tw/article_detail/78/)

(二)備妥申請文件

1. 補助方案申請單
2. 檢測報告影本(若有診斷證明書請一併附上)。
3. 檢測繳費收據影本。
4. 具領人身分證正、反面影本(外籍人士請提供居留證或護照影本)。

社團法人中華民國唐氏症關愛者協會

血液細胞遺傳學檢驗(唐氏症檢測補助費用)

補助辦法

血液細胞遺傳學檢驗(唐氏症檢測補助費用)補助辦法

本會為加強對唐氏症者及家屬的照顧，並使得疾病可早期發現早期治療，特針對血液細胞遺傳學檢驗(唐氏症檢測補助費用)確認為唐氏症者，給予檢測費用補助。

一、申請條件：

1. 經醫師之臨床診斷疑似唐氏症，進行血液細胞遺傳學檢驗後確認為唐氏症者(每人補助一次為限)。
2. 須由唐氏症者之法定代理人或監護人提出申請。

二、申請期限：

公布日起受理，依到件順序為主，受理至112年09月18日或額滿經費用罄為止。

※本案依醫療收據日期為主(收據年度須為112年)

三、補助項目及金額：

針對血液細胞遺傳學檢驗確認為唐氏症者，每案最高給予新台幣5,000元補助(實支實付)。

四、申請方式

詳見補助辦法申請流程。

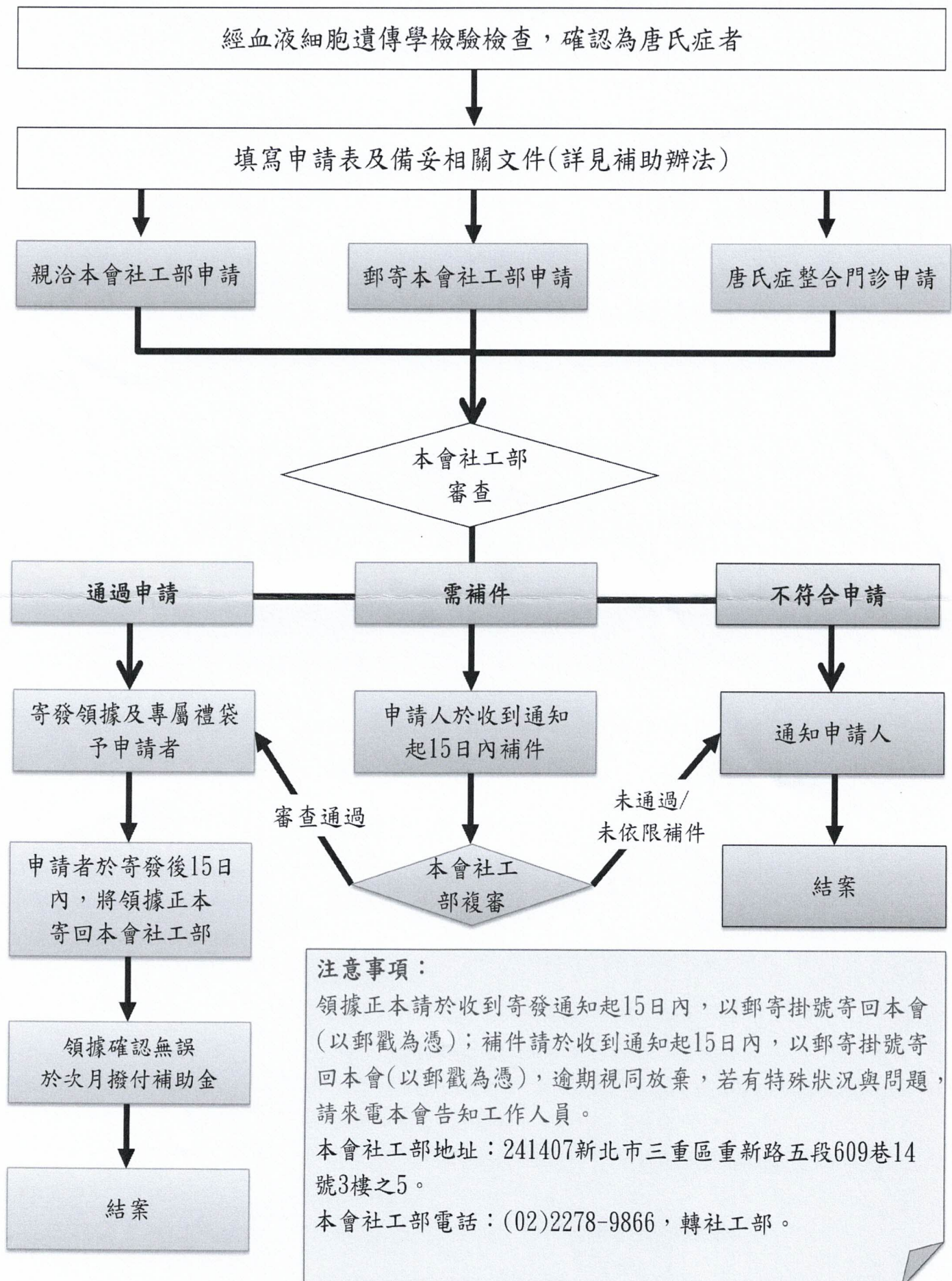
五、申請文件

1. 補助方案申請單(附件一)。
2. 檢測報告影本(若有診斷證明書請一併附上)。
3. 檢測繳費收據影本。
4. 具領人身分證正、反面影本(外籍人士請提供居留證或護照影本)。
5. 具領人金融機構存款簿載明分行帳號之封面影本。

六、注意事項

1. 每位唐氏症者以補助壹次為限。
2. 領據正本請於收到寄發通知起15日內，以郵寄掛號寄回本會(以郵戳為憑)；需補件者，請於收到通知起15日內，以郵寄掛號寄回本會(以郵戳為憑)，逾期視同放棄，若有特殊狀況與問題，請先來電本會告知工作人員。本會聯絡電話(02)2278-9866，社工部。
3. 本會保留隨時修改、變更、暫停或終止本活動內容之權利。

血液細胞遺傳學檢驗(唐氏症檢測補助費用)補助辦法申請流程



血液細胞遺傳學檢驗(唐氏症檢測補助費用)申請表

本表由案家與本會人員填寫(請以正楷填寫)

申請日期：中華民國 年 月 日

受檢者資料

姓名			身分證字號		
出生日期	民國	年	月	日	實足年齡 歲 月
通訊地址	☐ ☐ ☐ 縣 鄉鎮 路 市 市區 街 段 巷 弄 號 樓之 ☐ ☐				
是否為唐氏症整合門診服務使用者	☐ 是，目前為唐氏症整合門診服務使用者 ☐ 否，請續勾選下方欄位： ☐ 需要諮詢唐氏症整合門診服務內容 ☐ 暫不需要				
本次檢測是否接受國健署或其他相關補助	☐ 否，本次檢測無接受相關補助 ☐ 是，請續勾選下方欄位： ☐ 已獲國健署補助金額：_____元 ☐ 已獲_____補助金額：_____元				

申請人資料

姓名			聯絡電話	市話：()	
				手機：	
出生日期	民國	年	月	日	身分證字號
與受檢者關係	☐ 本人 ☐ 父親 ☐ 母親 ☐ 監護人(法定代理人)				
通訊地址	☐ 同受檢人 ☐ 與受檢人不同，另列入下 ☐ ☐ ☐ 縣 鄉鎮 路 市 市區 街 段 巷 弄 號 樓之 ☐ ☐				
E-MAIL					

獲得該補助資訊來源

- ☐本會單位：_____
☐唐氏症整合門診
☐醫院：_____

請勾選確認申請應備資料

- ☐補助方案申請單(附件一)
☐檢測報告影本(若有診斷證明書請一併附上)
☐檢測繳費收據影本
☐具領人身分證正、反面影本(外籍人士請提供居留證或護照影本)
☐具領人金融機構存款簿載明分行帳號之封面影本

(一)社團法人中華民國唐氏症關愛者協會依目的事業主管機關訂定業務之需要依個人資料保護法之特定目的(包括補助徵信、福利物資寄送或資訊提供)而蒐集、處理及利用您提供下列的個人資料，俾便服務聯繫、資訊寄送及方案核銷等相關用途使用：

1. 姓名 2. 聯絡方式(包括電話號碼、E-MAIL、地址)

3. 基本資料(包括身分證字號、出生年月日、年齡) 4. 檢驗報告及醫療收據

(二)您可依個人資料保護法，就您的個人資料向本會

1. 查詢或請求閱覽

2. 請求補充或更正

3. 請求停止蒐集、處理及利用

4. 請求刪除

(三)若您所提供之個人資料，經檢舉或本會發現不足以確認您的身分真實性或其他個人資料冒用、盜用、資料不實等情形，本會有權暫時停止提供對您的服務，若有不便之處敬請見諒。

☐上述內容皆已閱讀知悉。

法定代理人簽名：_____與受檢者關係：_____

日期：中華民國_____年_____月_____日

案件審查(此欄由收件及審核人員填寫)

☐通過

☐未通過，原因：

☐資格不符。

☐資料或資訊不全，缺少以下附件：

☐補助方案申請單(附件一)

☐檢測報告影本(若有診斷證明書請一併附上)

☐檢測繳費收據影本

☐具領人身分證正、反面影本(外籍人士請提供居留證或護照影本)

☐具領人金融機構存款簿載明分行帳號之封面影本

請於中華民國_____年_____月_____日前完成補件。

預計本次申請補助金額總計：_____元

收件人員		審核人員	
------	--	------	--

複審(此欄由審核人員及部門主管填寫)

☐通過

☐未通過，原因：

☐資格不符。

☐未依期限，於中華民國_____年_____月_____日前完成補件

核發本次申請補助金額總計：_____元

審核人員		單位主管	
------	--	------	--