

財團法人罕見疾病基金會

TAIWAN FOUNDATION FOR RARE DISORDERS

2025 罕見疾病獎助學金申請公告

主辦單位：財團法人罕見疾病基金會

協辦單位：社團法人台灣弱勢病患權益促進會

一、宗旨

為鼓勵罕見疾病病友在學業、才藝、服務等方面能夠精進發展，並協助病友在學習的路上更加順遂，發揮自己的特長，或能以自身生命經驗幫助及啟發他人，進而達到自助而後人助的精神，因此特別設置本獎助學金。

二、申請資格及辦法

(一) 為本會服務罕見疾病病類之病友，並登記為本會螢火蟲家族會員者（罕見疾病病友得隨時申請入會）。今年共有十類獎項，**一人限擇一類獎項**申請。

(二) 若曾獲得基金會的獎助學金，需間隔兩年才可申請同一獎項，唯【奮發向上助學金】可隔一年及【金榜題名獎學金】可不受年限之限制。

例如：曾於 112-113 年獲得【認真負責獎學金】，今年不得申請該獎項；

曾於 113 年獲得【奮發向上助學金】，今年不得申請該獎項。

(三) 文件提供不齊者，本會保有最後審查之權利。

三、十類獎項申請介紹

(一) 奮發向上（清寒）助學金

資格：符合 114 年低/中低收入戶者，且 113 全學年度總成績達 70 分(含)/乙等以上之罕病病友，**每戶**以申請一位為限。申請者需為小學(含)以上學生。若此獎項超出錄取名額，則以首次申請者優先獲選。

名額：共計 25 名，每名可獲頒獎狀乙紙，助學金 10,000 元。

文件：獎學金申請表(A 版)、各鄉鎮市區公所核發之低/中低收入戶證明影本、113 全學年度總成績單。

(二) 成績優良獎學金

資格：學業成績表現優異之罕病病友。

* 國小組：113 全學年度總成績平均 90 分(含)以上/優等。

* 國中組：113 全學年度總成績平均 80 分(含)以上。

* 高中(職)組：113 全學年度總成績平均 75 分(含)以上。

* 大專組：113 全學年度總成績平均 80 分(含)以上。

* 碩博組：113 全學年度總成績平均 80 分(含)以上。

* 國外碩博組：113 全學年度總成績平均 80 分(含)以上。

名額：

* 國小組：共計 35 名，每名可獲頒獎狀乙紙，獎學金 6,000 元。

* 國中組：共計 25 名，每名可獲頒獎狀乙紙，獎學金 7,000 元。

* 高中(職)組：共計 20 名，每名可獲頒獎狀乙紙，獎學金 8,000 元。

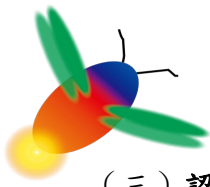
* 大專組：共計 30 名，每名可獲頒獎狀乙紙，獎學金 10,000 元。

* 碩博組：共計 10 名，每名可獲頒獎狀乙紙，獎學金 10,000 元。

* 國外碩博組：共計 3 名，每名可獲頒獎狀乙紙，獎學金 15,000 元。

文件：獎學金申請表(A 版)、113 年全學年度總成績單、相關參考文件(如：獎狀)。

自行送件申請 | 主辦單位收件期限：114 年 08 月 22 日



財團法人罕見疾病基金會

TAIWAN FOUNDATION FOR RARE DISORDERS

(三) 認真負責獎學金

資格：因疾病狀況影響學習成果，但卻樂於助人、認真向學、積極參與社會服務，並有具體優良事蹟之罕病病友。申請者需為小學(含)以上在學學生。曾經獲獎成績優良、金榜題名獎學金者不得申請此獎項，並以未得過此獎項者為優先獲選。

名額：共計 45 名，每名可獲頒獎狀乙紙，獎學金 6,000 元。

文件：獎學金申請表(A版)、相關參考文件(如：獎狀、志工服務證明等)。

(四) 傑出才藝獎學金

資格：具特殊才藝且 112~114 年獲得公開表揚之罕病病友(如：樂器演奏、繪畫創作、演說寫作、運動傑出等)，不限在學學生。不包含本會舉辦公開展演活動或相關課程之作品。

名額：共計 45 名，每名可獲頒獎狀乙紙，獎學金 6,000 元。

文件：獎學金申請表(A版)、個人才藝公開表揚作品及獎狀。

(五) 金榜題名獎學金

資格：放榜期間為 113 年 9 月 1 日至 114 年 8 月 31 日，考上國內各大學、研究所、國家考試、專業技術考試(乙級以上)之罕病病友。

名額：共計 50 名，每名可獲頒獎狀乙紙，獎學金 8,000 元。

文件：獎學金申請表(A版)、考取學校之學生證/入學通知單/考試及格通知書/證照正反面影本(擇一)。

(六) 病友進修助學金

資格：於 113 年 1 月 1 日至 114 年 8 月 31 日期間，參加職業訓練或為了取得相關證照、升學及國家考試補習進修之罕病病友；或出國遊學及國際交換學生之罕病病友。

名額：*職業訓練或取得相關證照、升學及國家考試補習進修之罕病病友，共計 10 名，每名可獲頒獎狀乙紙，助學金 6,000 元。

*出國遊學及國際交換學生之罕病病友，共計 3 名，每名可獲頒獎狀乙紙，助學金 12,000 元。

文件：*獎助學金申請表(A版)、申請人進修或研讀之政府辦理或立案進修單位相關證明文件之課程表或上課證及付款收據等(註明進修期間)；

*獎助學金申請表(A版)、申請人出國遊學或國際交換學生者，請提供學生證或就學證明或成績單等且需註明遊學或國際交換學生期間。

(七) 國際進修獎學金

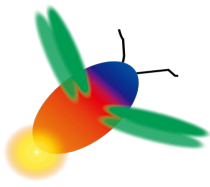
資格：至國外攻讀大學、研究所以上學位之傑出罕病病友(不包含短期交換學生及短期遊學)

名額：共計 3 名，每名可獲頒獎狀乙紙，每名獎學金 30,000 元。同一學程以申請一次為限。

文件：獎學金申請表(A版)、學生證/入學通知單/考試及格通知書(擇一)。

(八) 罕病子女獎學金

資格：罕病病友之子女(限非病友)學業成績表現優異，且須有具體協助病友事蹟者。凡 113 全學年度總成績平均：國小生達 90 分(含)以上/優等，國高中



財團法人罕見疾病基金會

TAIWAN FOUNDATION FOR RARE DISORDERS

(職)生、大專生、碩博士生達 80 分(含)以上即可申請。當年度一名病友以推薦一名子女申請為限。曾獲得此獎項者，不得重複申請。

名額：共計 20 名，每名可獲頒獎狀乙紙，獎學金 5,000 元。

文件：獎學金申請表(B 版)、113 年全學年度總成績單、其他相關參考文件(如：獎狀)。

(九) 罕病手足獎學金

資格：罕病病友之手足(限非病友)學業成績表現優異，且須有具體協助病友事蹟者。凡 113 全學年度總成績平均：國小生達 90 分(含)以上/優等，國高中(職)生、大專生、碩博士生達 80 分(含)以上即可申請。當年度一名病友以推薦一名手足申請為限。曾獲得此獎項者，不得重複申請。

名額：共計 30 名，每名可獲頒獎狀乙紙，獎學金 5,000 元。

文件：獎學金申請表(B 版)、113 年全學年度總成績單、其他相關參考文件(如：獎狀)。

(十) 友善扶持獎學金

資格：罕病病友的同學、師長、同事、朋友及通用計程車司機等(親屬除外)，曾具體協助病友奮發向上，勇敢克服困難等事蹟，由病友負責推薦報名，如推薦申請者兩名(含)以上並獲錄取者，則由申請者均分獎金，不限在學學生。

名額：共計 25 名(組)，每名可獲頒獎狀乙紙，每名(組)獎學金 5,000 元。

文件：獎學金申請表(B 版)、其他相關參考文件。

四、申請日期

即日起開始接受申請至 **114 年 8 月 22 日(五)截止收件**。資料不齊者可先送件再行補件，補件時間至 114 年 9 月 5 日(五)為止，逾期恕不受理。(以郵戳為憑)

※、金榜題名獎學金之放榜日期若為 8/15~8/31 者，請務必於 8 月 22 日(五)前繳交「申請表」，並於收到相關證明文件後，儘速補件。

五、申請程序

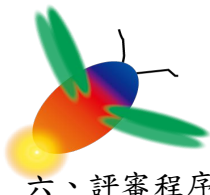
(一)於活動公告期間，請至本會網站(www.tfrd.org.tw)查詢相關辦法及下載申請表格。有任何問題，可洽詢本會病患服務組(02)2521-0717 分機 167 張毓宸社工師、分機 181 詹媛媛專員。

(二)申請方式：

- 1、紙本申請：申請表(請自行至網站下載或來電索取)與各項證明文件及資料以 A4 格式提供。文件備妥後，請寄 104 台北市中山區長春路 20 號 6 樓「財團法人罕見疾病基金會病患服務組」收，並於信封右上角註明「申請 2025 罕見疾病獎助學金」字樣。
- 2、網路申請：請將申請資料，清楚拍照或掃描等電子申請文件 E-mail 至 ps02@tfrd.org.tw 或 LINE 至「獎助學金專屬 LINE 帳號」方式提供(如拍照請確保相關內容清楚)，若是以 MAIL 方式寄送，信件主旨務必註明「申請獎項及申請人姓名」以避免遺漏。



※請注意：推薦函仍須有推薦人簽名或蓋章，抑或是請推薦人本人直接將推薦函以電子檔方式 E-mail 給承辦人員以代替簽章。



財團法人罕見疾病基金會

TAIWAN FOUNDATION FOR RARE DISORDERS

六、評審程序

- (一)本會依申請人提供之各項證明文件進行初步查核。
- (二)初步查核之後，將邀請學者專家、民間團體代表及社會公正人士共同組成評審委員會進行遴選。

七、頒獎

得獎評定後，將於本會網站、粉絲專頁及 LINE 群組進行得獎名單公告，不再另行紙本通知。**頒獎典禮預計於 11 月 15 日(六)舉辦。請務必加入本會社群平台，以接收最新消息。**

八、注意事項

- (一)申請書及相關文件恕不主動退還，需退還文件者請於資料表上勾選或來電索取，申請人資料本會將予以嚴格保密。請詳填本會申請表及備妥相關證明文件，審查文件如查有填寫不實或缺件情形，將不受理申請。
- (二)本會審查委員依書面資料進行審查，必要時請申請人配合本會之家訪或電訪審查。
- (三)如符合資格之報名者過多，將由評審依獎助精神擇資格符合且未接受過獎助者為優先錄取。
- (四)為方便後續撥款作業，請優先提供「郵局」存簿帳號。

九、洽詢方式

財團法人罕見疾病基金會

網址：<https://www.tfrd.org.tw/>

電話：(02) 2521-0717 分機 167 張毓宸社工師、分機 181 詹媛媛專員

E-mail：ps02@tfrd.org.tw

傳真：(02) 2567-3560

地址：104 台北市中山區長春路 20 號 6 樓

獎助學金專屬 LINE 帳號：<https://lin.ee/Lia4WnB> (可即時線上通訊或傳照片等)





2025 罕見疾病獎助學金申請書 (A版資料表)

申請獎項(請勾選)

※下列粗框內資料務必填寫

- ☐奮發向上(清寒)助學金 ☐成績優良獎學金：_____ 組
- ☐認真負責獎學金 ☐傑出才藝獎學金，才藝項目：_____ (作品名稱：_____)
- ☐金榜題名獎學金，考取學校及科系(證照)：_____
- ☐病友進修助學金，進修項目：_____
- ☐國際進修獎學金，就讀學校：_____

2025 罕見疾病
獎助學金專區

姓 名			性 別		出生年月日	
身分證字號			聯絡電話/手機			
疾病名稱			病友編號		(本會人員填寫)	
學校(畢/肄)			科系/班級			
身分別	☐ 一般(無以下身分) ☐ 獨居 ☐ 單親家庭 ☐ 客家人 ☐ 原住民(族)					
戶籍地址 (請務必填 <u>鄰里</u>)	☐ ☐ ☐ 縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓 室					
通訊地址	☐ 同戶籍地址 ☐ 如下所列 ☐ ☐ ☐					
得獎紀錄	☐ 前兩年無得獎紀錄		☐ 第二十一屆(2023)： 獎		☐ 第二十二屆(2024)： 獎	
其他同戶者 申請狀況	☐ 無 ☐ 有，申請者姓名：_____ 關係：_____ 獎項：_____					

您好,依據財團法人法第 25 條第三項第二款規定,主辦單位需公開姓名與獎助金額。
 本人☐同意 ☐不同意 以得獎者之名稱公開徵信(公布姓名、得獎金額及病名於官網),如未勾選者,視為同意。
 註:獎助學金頒獎典禮手冊內容將包含所有得獎者姓名、照片及獎金等資訊,手冊僅提供得獎者,不另行發放。
 簽署人: _____ 與申請者關係: _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

☐同意 ☐不同意 本會獎助學金頒獎典禮進行拍攝或將相關影像做為活動成果或本會相關宣導資料運用

文件檢核	☐ 申請書(學生證/存摺封面/身障證明) ☐ 自傳 ☐ 正面清晰照片 ☐ 推薦函(申請金榜題名免附)
收件紀錄 (由本會人員填寫)	☐ 資料齊全 ☐ 需補件: _____ 補件通知: _____

注意事項

- 申請文件於 114 年 8 月 22 日(五)前郵寄至本會,資料不齊者建議先送件再行補件,補件截止時間為 114 年 9 月 5 日(五),所有資料皆以郵戳為憑,逾期不再另行通知。
- 申請資料請寄 104 台北市長春路 20 號 6 樓 財團法人罕見疾病基金會 病患服務組 收並註明【申請 2025 罕見疾病獎助學金】字樣,洽詢電話:(02)2521-0717 分機 167 張毓宸社工師
- 申請辦法與相關表格請參閱本會網站 <http://www.tfrd.org.tw>
- 限擇一適當獎項申請,若前一年曾獲得奮發向上助學金或前二年曾獲得其他獎項獎助學金獎勵者,不得重覆申請同一獎項,但可申請其他獎項。唯金榜題名獎學金不受年限限制。
- 為方便後續撥款作業,請優先提供「郵局」存簿帳號。



2025 罕見疾病獎助學金申請書 (證件黏貼表-A 版)

※以下為必備文件，請務必黏貼。

【身心障礙證明正面】影本 黏貼處 申請者因 ☐無 身障證明免附	【身心障礙證明反面】影本 黏貼處 申請者因 ☐無 身障證明免附				
【學生證正面】影本 黏貼處 申請者因為 ☐小學以下 ☐非在學學生 免附 ☐應屆畢業生	【學生證反面】影本 黏貼處 申請者因為 ☐小學以下 ☐非在學學生 免附 ☐應屆畢業生				
【匯款帳號存摺影本】 黏貼處 (請提供最新及正確之帳號並優先提供「郵局」存簿帳號以利後續得獎撥款) 帳號、戶名、銀行/郵局及分行名稱與代碼務必清楚 若非申請者本人帳戶，請註明<u>帳戶提供者與申請人之關係，並提供相關證明文件(戶籍謄本或戶口名簿影本)</u>					
戶名	關係	銀行/郵局名稱	分行名稱	銀行/郵局代碼	帳號



2025 罕見疾病獎助學金申請書 (照片黏貼表-A 版)

是否提供電子檔：☐是，於____月____日已 MAIL/LINE (請圈選)。☐否，黏貼於下表。

※因公開責信所需，得獎者相關資料及照片皆會刊登於獎助學金手冊上。

申請人姓名

近期生活照 (個人)
或二吋半身照

注意事項：1. 照片可直接黏貼或提供電子檔 (二擇一)

2. 請勿提供影印或彩印之照片

3. 可直接 Mail 至 ps02@tfrd.org.tw，並標明名字及申請獎項

4. 傳至 2025 罕見疾病獎助學金專區 (<https://lin.ee/Lia4WnB>)

或搜尋 ID：@1141gbwp，或掃 QRcode



近期生活照 (家庭)

注意事項：1. 照片可直接黏貼或提供電子檔 (二擇一)

2. 請勿提供影印或彩印之照片

3. 可直接 Mail 至 ps02@tfrd.org.tw，並標明名字及申請獎項

4. 傳至 2025 罕見疾病獎助學金專區 (<https://lin.ee/Lia4WnB>)

或搜尋 ID：@1141gbwp，或掃 QRcode

5. 多人合照請務必標示申請者



※個人及家庭生活照可擇一提供，並以個人照片為主

※照片為必備文件，請務必提供 (無論是否公開)。



財團法人罕見疾病基金會

2025 罕見疾病獎助學金申請人自傳

申請人姓名

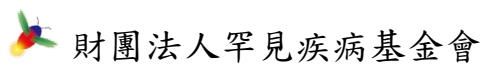
自我陳述（含家庭、求學歷程、個性、優缺點、疾病心理歷程……）（不限字數）

具體事蹟（申請認真負責獎項必填/如協助師長、同學及社區之具體事項）

（本表格可自行延伸）

註：本表由申請者填寫，若申請者不方便填寫則由家長代填後請本人簽章

※ 為使評審可以更加瞭解申請者狀況，本表單請勿空白，盡量填寫。



2025 罕見疾病獎助學金申請推薦函(金榜題名獎項免填)

申請人姓名			
具體事蹟描述(推薦者不得為親屬)			
品德狀況		☐ 佳 ☐ 尚可 ☐ 待加強	
推薦人姓名	需師長或相關人員（簽章）	與申請人關係	
服務單位/職稱			
聯絡電話/手機			

(本表格可自行延伸)

※ 為使評審可以更加瞭解申請者狀況，本表單請勿空白，盡量填寫。



2025 罕見疾病獎助學金申請書(B版資料表)

申請獎項(請勾選) ※下列粗框內資料務必填寫

- ☐ 友善扶持獎學金
- ☐ 罕病子女獎學金: ☐ 國小組 ☐ 國高中組 ☐ 大專 ☐ 碩博
- ☐ 罕病手足獎學金: ☐ 國小組 ☐ 國高中組 ☐ 大專 ☐ 碩博

2025
罕見疾病
獎助學金



申請者姓名	(非罕病病友本人)		性 別	出生年月日	
身分證字號			聯絡電話/手機		
學校(畢/肄)			科系/班級		
身份別	☐ 一般(無以下身分) ☐ 獨居 ☐ 單親家庭 ☐ 客家人 ☐ 原住民(族)				
戶籍地址 (請務必填鄰里)	縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓				
通訊地址	☐ 同戶籍地址 ☐ 如下所列 				
得獎紀錄	☐ 前兩年無得獎紀錄 ☐ 第二十一屆(2023): 獎 ☐ 第二十二屆(2024): 獎				

您好,依據財團法人法第 25 條第三項第二款規定,主辦單位需公開姓名與獎助金額。

本人☐同意 ☐不同意 以得獎者之名稱公開徵信(公布姓名、得獎金額及病名於官網),如未勾選者,視為同意。

註:獎助學金頒獎典禮手冊內容將包含所有得獎者姓名、照片及獎金等資訊,手冊僅提供得獎者,不另行發放。

簽署人: 與申請者關係: 日期: 年 月 日

☐同意 ☐不同意 本會獎助學金頒獎典禮進行拍攝或將相關影像做為活動成果或本會相關宣導資料運用

罕病病友姓名		性 別		身分證字號	
與申請人關係		聯絡電話/手機			
疾病名稱		病友編號	(本會人員填寫)		
身障手冊/類別	☐ 無 ☐ 有, (請註明等級)	病友是否申請其他獎項	☐ 否 ☐ 是, 獎		
戶籍地址 (請務必填鄰里)	縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓				
通訊地址	☐ 同戶籍地址 ☐ 如下所列 				
其他同戶者 申請狀況	☐ 無 ☐ 有, 申請者姓名: 關係: 獎項:				

☐同意 ☐不同意 本會獎助學金頒獎典禮進行拍攝或將相關影像做為活動成果或本會相關宣導資料運用

文件檢核 (必備文件)	☐ 申請書(學生證/存摺封面/身障證明) ☐ 自傳 ☐ 正面清晰照片 ☐ 推薦函 2 份(病友需填寫 1 份)
----------------	--

收件紀錄 (由本會人員填寫)	☐ 資料齊全 ☐ 需補件: 補件通知:
-------------------	--

注意事項

- 申請文件於 114 年 8 月 22 日(五)前郵寄至本會,資料不齊者建議先送件再行補件,補件截止時間為 114 年 9 月 5 日(五),所有資料皆以郵戳為憑,逾期不再另行通知
- 申請資料請寄 104 台北市長春路 20 號 6 樓 財團法人罕見疾病基金會 病患服務組 收並註明【申請 2025 罕見疾病獎助學金】字樣,洽詢電話:(02)2521-0717 分機 167 張毓宸社工師
- 申請辦法與相關表格請參閱本會網站 <http://www.tfrd.org.tw>
- 限擇一適當獎項申請,113、112 年曾獲得同一獎項者,不得重複申請同一獎項。
- 為方便後續撥款作業,請優先提供「郵局」存簿帳號。



2025 罕見疾病獎助學金申請書 (證件黏貼表-B版)

※以下為必備文件，請務必黏貼。

【學生證正面】影本 黏貼處 申請者因為 ☐ 小學以下 ☐ 非在學學生 ☐ 應屆畢業生 免附	【學生證反面】影本 黏貼處 申請者因為 ☐ 小學以下 ☐ 非在學學生 ☐ 應屆畢業生 免附
---	---

【匯款帳號存摺影本】
黏貼處

(請提供最新及正確之帳號並優先提供「**郵局**」存簿帳號以利後續得獎撥款)
帳號、戶名、銀行/郵局及分行名稱與代碼務必清楚

若非申請者本人帳戶，請註明帳戶提供者與申請人之關係

戶名	銀行/郵局名稱	分行名稱	銀行/郵局代碼	帳號

請提供申請者本人之存摺影本，若非申請者本人之帳戶，請註明帳戶提供者與申請者之關係，並附上帳戶提供者之身分證字號及戶籍地址。

帳戶提供者	與申請者之關係	身分證字號	戶籍地址 (請務必填鄰里)



2025 罕見疾病獎助學金申請書（照片黏貼表-B版）

是否提供電子檔：☐是，於____月____日已MAIL/LINE（請圈選）。☐否，黏貼於下表。

※因公開責信之所需，得獎者相關資料及照片皆會刊登於獎助學金手冊上。

申請人姓名

近期生活照（個人）
或二吋半身照

注意事項：1. 照片可直接黏貼或提供電子檔（二擇一）

2. 請勿提供影印或彩印之照片

3. 可直接 Mail 至 ps02@tfrd.org.tw，並標明名字及申請獎項

4. 傳至 2025 罕見疾病獎助學金專區 (<https://lin.ee/Lia4WnB>)
或搜尋 ID：@114lgbwp，或掃 QRcode



近期生活照（家庭）

注意事項：1. 照片可直接黏貼或提供電子檔（二擇一）

2. 請勿提供影印或彩印之照片

3. 可直接 Mail 至 ps02@tfrd.org.tw，並標明名字及申請獎項

4. 傳至 2025 罕見疾病獎助學金專區 (<https://lin.ee/Lia4WnB>)
或搜尋 ID：@114lgbwp，或掃 QRcode

5. 多人合照請務必標示申請者



※個人及與病友合照可擇一張貼，並以與病友合照為主
※照片為必備文件，請務必提供。



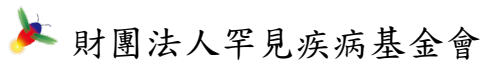
財團法人罕見疾病基金會

2025 罕見疾病獎助學金申請人自傳(申請人填寫)

申請人姓名 (非病友)	
自我陳述(含家庭、求學歷程、個性、優缺點……)(不限字數)	
具體事蹟(必填/如協助病友之具體事項)	

(本表格可自行延伸)

※ 為使評審可以更加瞭解申請者狀況，本表單請勿空白，盡量填寫。



2025 罕見疾病獎助學金申請推薦函 1 (病友/病家填寫)

申請人姓名			
具體事蹟描述(請詳述具體協助事蹟)			
品德狀況		☐ 佳 ☐ 尚可 ☐ 待加強	
推薦人姓名	(簽章)	與申請人關係	
服務單位/職稱			
聯絡電話/手機			

(本表格可自行延伸)

※ 為使評審可以更加瞭解申請者狀況，本表單請勿空白，盡量填寫。



2025 罕見疾病獎助學金申請推薦函 2(非病友填寫)

申請人姓名			
具體事蹟描述 (請詳述具體協助事蹟)			
品德狀況	☐ 佳 ☐ 尚可 ☐ 待加強		
推薦人姓名	需師長或相關人員（簽章）	與申請人關係	
服務單位/職稱			
聯絡電話/手機			

(本表格可自行延伸)

※ 為使評審可以更加瞭解申請者狀況，本表單請勿空白，盡量填寫。

親愛的病友，您好：

為加強服務罕病病友，特邀請您加入罕見疾病病患家庭所組成的「螢火蟲家族」，請填寫這份表格並寄回，工作人員將在確認您符合本會服務的罕見疾病範圍後，與您聯絡並免費提供您多項專業服務！

您填寫的所有資料都會受到嚴密的保護，僅作為本會人員提供服務的參考，請您放心填寫。若您不方便書寫，可請他人根據您的想法作答。完成之後，麻煩您①反摺②封口③免貼郵票④投入郵筒寄回。

如果有任何疑問或建議，歡迎與我們聯絡。

財團法人罕見疾病基金會 病患服務組

電話：(02) 2521-0717 分機 161~167

傳真：(02) 2567-3560 地址：104 台北市中山區長春路 20 號 6 樓

E-mail：ps35@tfrd.org.tw / 網站：www.tfrd.org.tw

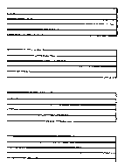
請將此面向外，沿線摺疊後免貼郵票寄回。

1
0
4
5
0

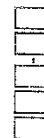
台北市中山區長春路 20 號 6 樓



財團法人罕見疾病基金會 收



廣告
台北郵局登記證
台北證字第 3326 號



財團法人罕見疾病基金會

病友資料表

(本欄由工作人員填寫)

病友編號：_____

填表日期：____年____月____日

病友姓名：		性別： ☐ 男 ☐ 女	生日： 年 月 日		身分證字號：	
戶籍地址：□□□				電話：()		
				傳真：()		
通訊地址：□□□				手機：		
				e-mail：		
病友疾病名稱 中文：		病友已具備的福利服務項目：				
		☐ 全民健保 ☐ 重大傷病卡，病名： ☐ 身心障礙證明，類別：_____；等級： ☐ 身心障礙者生活津貼：每月_____元				
英文：(請參考診斷證明或重大傷病卡)		☐ 遲緩兒童療育補助(每月訓練費_____元；交通費_____元) ☐ 中低收入戶生活補助，每月補助_____元整 ☐ 其他(例如保險，請說明：_____)				
身分別： ☐ 一般(無以下身分) ☐ 獨居 ☐ 單親家庭 ☐ 原住民(族) ☐ 外籍人士(國籍)						
病友的家庭成員(以居住在同一地方的親屬為主，不足則請寫在背面)						
稱謂	姓名	出生(年月日)	學歷	職業	聯絡電話	健康狀況
病友的兄弟姊妹情況：(不含自己)		病友的婚姻情況：			病友生育子女數：	
☐ 沒有 ☐ 有____位，罹病____位		☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 離婚 ☐ 喪偶			☐ 沒有 ☐ 有____位，罹病____位	
☐ 已畢業(學校/科系：_____)						
病友的教育現況： ☐ 尚未就學(因為： ☐ 年齡未到 ☐ 無法就學 ☐ 其他：_____)						
☐ 在學(學校/科系：_____)						
☐ 就業中(職業：_____)						
病友的就業現況： ☐ 未就業(因為： ☐ 年齡不適合 ☐ 在學 ☐ 家庭 ☐ 其他原因：_____)						
☐ 需要就業協助(說明：_____)						

(本處由工作人員填寫)

收件日期/簽章：

建檔日期/簽章：

病友家庭的主要經濟提供者：

☐病友本身 ☐父親 ☐母親 ☐配偶 ☐兄弟姊妹 ☐其他（來源：_____）

病友家庭的主要經濟提供者現在的就業情形：

☐就業中 ☐未就業

病友的主要照顧者：☐父親 ☐母親 ☐兄弟姊妹 ☐配偶 ☐子女 ☐自己 ☐看護 ☐其他：

姓名／聯絡電話、手機：

病友是否接受過本會醫療補助或生活救助：

☐沒有 ☐有，接受補助項目為：

☐醫療補助：_____次，共_____元
（接受補助日期：_____）

☐生活救助：_____次，共_____元
（接受補助日期：_____）

病友是否接受過其他單位補助：

☐沒有 ☐有，補助單位/項目/金額如下：

單位名稱	補助項目	金額
1		
2		

病友是否已經加入任何社會福利團體或病友團體：

☐沒有 ☐有，團體名稱：1. _____ 協助項目：
2. _____ 協助項目：

病友或家屬是否希望收到本會的會訊或疾病衛教單張：☐是 ☐否

病友或家屬方便聯絡時間：

☐上午，_____時段； ☐下午，_____時段； ☐晚上，_____時段；
☐假日，_____時段； ☐其他：

病友或家屬配合本會宣導活動而接受傳播媒體採訪的意願：☐願意 ☐不願意

病友或家屬目前需要協助的困擾：（可複選，並請儘量說明）

☐疾病治療的相關問題（請說明：_____）

☐疾病的藥物及營養品問題（請說明：_____）

☐社會福利問題（☐重大傷病卡取得問題、☐身心障礙證明取得問題、☐其他_____）

☐早期療育相關問題（請說明：_____）

☐就學相關問題（請說明：_____）

☐就業相關問題（請說明：_____）

☐安養相關問題（請說明：_____）

☐情緒、心理相關問題（請說明：_____）

☐生活、經濟相關問題（請說明：_____）

☐其他（請說明：_____）

病友的主治醫師群：（請儘量填寫，可註明各醫院或科別的醫師）

主治醫師：_____ 醫院名稱/科別：_____ 醫院 _____ 科 聯絡電話：（ ）

主治醫師：_____ 醫院名稱/科別：_____ 醫院 _____ 科 聯絡電話：（ ）

主治醫師：_____ 醫院名稱/科別：_____ 醫院 _____ 科 聯絡電話：（ ）

主治醫師：_____ 醫院名稱/科別：_____ 醫院 _____ 科 聯絡電話：（ ）

復健、物理治療等機構（請儘量填寫，如果沒有就省略）

機構名稱：_____ 協助內容：_____ 聯絡電話：（ ）

機構名稱：_____ 協助內容：_____ 聯絡電話：（ ）

病友的疾病過程描述：（請您儘量填寫，或洽本會工作人員協助）

發病時間：

發病過程：

目前症狀：

病友目前的疾病醫療情形：（請您儘量填寫，或洽本會工作人員協助）

就醫情形（治療、用藥等）：

其他情形（營養控制、復健）：

病友有使用特殊藥品需求：

☐沒有 ☐有，藥名：

病友有食用特殊營養品需求：

☐沒有 ☐有，營養品名：

您有話想說：（歡迎自由抒發……）

※務必提供疾病診斷證明書，以初步確認疾病是否符合本會服務範圍※

證件黏貼表

請您提供「診斷證明書」影本和以下證件影本，讓我們以後能提供正確的疾病知識及適合的服務給您；

另外，為讓工作人員能認識您，也請您儘量能夠提供一張照片，好讓我們能透過照片認識您。

【重大傷病卡】正面影本 黏貼處 若重大傷病卡已註記於 IC 卡時， 請附重大傷病核定審查通知書影印本	【身障手冊/證明】正反面影本 黏貼處 請浮貼
【近期生活照或二吋半身照】 黏貼處	

備註：「診斷證明書」（影本）請裝訂在後

說明：(1) 本表由病友填寫。(2) 工作人員在初步確認疾病符合本會服務範圍後提供本表，該病類負責社工員收件後，應編號、歸檔、鍵入資料庫，並進行需求評估。

【罕見疾病基金會慈善微型保險同意書】

親愛的罕病朋友，您好：

由於健康的因素，罕見疾病的朋友們往往被一般商業保險視為具有較高風險而拒絕承保。本會秉持著「病友找不到的保險，我們幫他們找到」的信念，於 2012 年推出罕見疾病基金會慈善微型保險方案，替大家統一納保，保費由本會全額補助，希望能使病友們有多一層的保障。

☛ 對象：本會服務之罕病病友（僅針對病友，不含家屬；未加入者可隨時免費加入）

☛ 保險公司：泰安產物保險公司

☛ 保險內容：

- (1) 意外失能保險給付；
- (2) 意外身故保險給付；
- (3) 未滿 15 足歲意外失能保險給付及意外身故喪葬費用。

☛ 保費：免費（由本會全額補助）

☛ 受益人：被保險人或法定繼承人

☛ 保險期間：

- (1) 新申請者於每月 25 日前將同意書送達本會者，於次月開始保險。
- (2) 每年自動續保者，至本方案結束、被保險人主動退保、或保險資格消失為止。

☛ 保險金額：30 萬

☛ 投保方式：請將下方之同意書回傳或郵寄回本會並來電確認，謝謝（一位病友需填一張同意書）。

請注意：未滿 15 足歲者，需同時簽立投保聲明書。

地址：104 台北市中山區長春路 20 號 6F（罕見疾病基金會 病患服務組收）

電話：02-2521-0717 病患服務組；傳真：02-2567-3560。

微型保險同意書

本人 <u>被保險人</u> 同意由罕見疾病基金會投保泰安產物保險公司之微型團體傷害保險， 保費由罕見疾病基金會全額補助，並同意由罕見疾病基金會每年自動辦理續保。 本人已充分瞭解保險之內容，特立此同意書，以茲證明。			
病友編號	請見信封上之編號，或由本會填寫		
生日	民國 年 月 日	身分證字號	
連絡電話			
郵寄地址	郵遞區號()		
代理人		病友簽名/ 代理人簽名	
代理人 身分證字號		代理人與 病友之關係	
1、病友未滿 20 歲或無法自行填寫時，請由代理人填寫並完整填寫粗框內資料。 2、未滿 15 歲者，請同時簽立投保聲明書如後，並檢附本同意書，一起回傳本會。 3、保單成立後，將郵寄保險證及保險理賠相關資料。			

投保聲明書

附件 1

(未滿 15 足歲被保險人適用)

本人(要保人、被保險人及其法定代理人)瞭解並同意,如被保險人身故時未滿 15 足歲,則其所投保之人壽保險契(附)約及傷害保險契(附)約之喪葬費用保險金額總和(含本次及先前已投保者,且不限貴公司,以下同),將依下列方式辦理:

- 一、被保險人之壽保險契(附)約或傷害保險契(附)約如於 109 年 6 月 12 日(含,以下同)以後所投保者,其喪葬費用保險金給付總和不得超過本次投保時遺產及贈與稅法第 17 條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半〔註 1〕。超過部分貴公司不負給付責任,並依契約約定無息退還該超過部分之已繳保險費。
- 二、被保險人如有於 99 年 2 月 3 日(不含,以下同)之前投保壽保險契(附)約或傷害保險契(附)約者,其喪葬費用保險金之給付依下列方式辦理〔註 2〕:
 - (一)99 年 2 月 3 日之前投保之喪葬費用保險金額大於或等於本次投保時遺產及贈與稅法第 17 條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半者,其喪葬費用保險金之給付依 99 年 2 月 3 日之前投保當時之契約約定辦理。而本次投保之人壽保險契(附)約或傷害保險契(附)約,貴公司均不負給付責任,並依契約約定無息退還本次投保契(附)約之已繳保險費。
 - (二)99 年 2 月 3 日之前投保之喪葬費用保險金額小於本次投保時遺產及贈與稅法第 17 條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半者,本次投保之喪葬費用保險金給付加計 99 年 2 月 3 日之前投保之喪葬費用保險金給付總和,以本次投保時遺產及贈與稅法第 17 條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半為限,超過部分貴公司不負給付責任,並依契約約定無息退還該超過部分之已繳保險費。
- 三、前二款情形,於投保投資型人壽保險者,貴公司依保單條款約定,按比例返還超過部分之已扣除保險成本,並將原投資部分之保單帳戶價值,按約定返還予要保人或其他應得之人。

此致

泰安產物保險(股)公司

要保人簽名: 財團法人罕見疾病基金會 要保人之法定代理人簽名: _____

✓ 被保險人簽名: _____ ✓ 被保險人之法定代理人簽名: _____

(未滿 7 足歲者,由法定代理人代為簽名; 7 歲(含)以上未滿 20 足歲且未婚者,由本人及法定代理人簽名。)

聲明日期: 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〔註 1〕保險法第 107 條

以未滿十五歲之未成年人為被保險人訂立之人壽保險契約,除喪葬費用之給付外,其餘死亡給付之約定於被保險人滿十五歲時始生效力。

前項喪葬費用之保險金額,不得超過遺產及贈與稅法第十七條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半。

前二項於其他法律另有規定者,從其規定。

〔註 2〕範例

1. 未滿 15 足歲之被保險人於 109 年 6 月 12 日以後首次投保壽保險契(附)約或傷害保險契(附)約,若被保險人身故時未滿 15 足歲,保險公司給付喪葬費用保險金不得超過本次投保時遺產及贈與稅法第 17 條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半(現行為 61 萬 5 千元)。保險公司就超過部分不負給付責任,並依契約約定無息退還該超過部分之已繳保險費。
2. 未滿 15 足歲之被保險人於 99 年 2 月 3 日之前已投保 200 萬元喪葬費用保險金額之人壽保險契(附)約或傷害保險契(附)約(下稱 A 契約),又於 109 年 6 月 12 日後投保 61 萬 5 千元喪葬費用保險金額之人壽保險契(附)約或傷害保險契(附)約(下稱 B 契約),若被保險人於 109 年 6 月 12 日後身故且未滿 15 足歲,保險公司依訂定 A 契約時之契約約定給付喪葬費用保險金 200 萬元。保險公司就 109 年 6 月 12 日後投保 61 萬 5 千元喪葬費用保險金額之 B 契約不負給付責任,由保險公司依 B 契約約定無息退還該超過部分之已繳保險費。

本文件需簽名之欄位,已由簽名欄所稱之當事人本人親自簽名,且經保險業務員親視簽名無誤。

保險業務員簽名: _____

簽署日期: 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日