

2026 年癌症希望基金會 X 天河基金會 癌友家庭獎助學金申請辦法

2026.01.02 修訂

壹、合作對象及方式：

天河基金會與癌症希望基金會專業人員、合作醫院及機構合作，經由專業人員轉介至癌症希望基金會或申請人主動申請後，癌症希望基金會將提供癌友關懷及諮詢，並同時將申請資料提供與天河基金會進行獎助學金核定審查，通過者以匯款方式提供獎助學金補助。獎助學金實際通過金額以天河基金會核定為主，無論通過與否，癌症希望基金會皆主動回饋轉介單位及申請人。

貳、獎助對象：

一、對象：

1. 癌症病人本人(即申請人)
2. 癌症病人之子女(即申請人)
3. 癌症病人之同戶籍且同住家屬(即申請人)

二、資格：

1. 申請人為本國籍，具正式學制及學籍，未辦理休、退學者。25 歲以下日間部高中職、五專、大專院校在學學生(大專院校含大學、科技大學、四年制及二年制技術學院、二年制專科；不含研究所、進修部、空大/專、在職專班、軍警學校、產學合作、學分班、宗教研修學院)
2. 申請人如係未滿 18 歲且未結婚之未成年人或無行為能力人，應於法定代理人閱讀、瞭解及同意本申請辦法所有內容，並於申請書表簽名後，方得申請。
3. 本人、直系親屬或家屬(同戶籍且同住人口)須為以下條件之一
 - (1) 罹癌(含初診或復發)之病友，現階段需要及正進行積極治療或長期治療(含手術、化療、放療、標靶治療、免疫療法、荷爾蒙療法、骨髓移植等)；或為末期病患，經診斷後選擇安寧緩和醫療或維生醫療者。
 - (2) 已完成積極治療或長期治療五年內，須定期回診追蹤之病友。
 - (3) 部分治癒性高、復發風險低，後續不需積極或長期治療或追蹤之癌症，因不在重大傷病之審定範圍，而無領有重大傷病卡者，因特殊狀況(如為低收入或中低收入戶)，亦得提出申請。

參、應備文件：

- 一、申請表正本且親簽。協辦單位切結聲明處為本會審查用，轉介單位請勿用印及簽章。

即日起至115年12月31日止，隨到隨審／請自行洽詢希望基金會申辦

- 二、申請人指定匯款帳戶切結書正本且親簽。
- 三、注意事項及轉介單位資料表。(若請醫院社工/癌症資源中心或機構社工轉介才需填寫)
- 四、罹癌病人之診斷證明書(需載明治療方式或治療計畫等，且為申請前 6 個月內開立)。
- 五、近半年全戶人口戶籍謄本(需含記事)或戶口名簿影本。
- 六、申請人於前一學期之在校成績證明；如有特殊表現，請附上獲獎證明。入學就讀高中職、五專、大專院校一年級之新生者，請提供國中、高中職畢業學年度第二學期之成績單。
- 七、申請人學年度在學證明或學生證正、反面影印本，並需有蓋印學期註冊章。學生證如為悠遊卡或 IC 卡者，請向學校單位申請在學證明。
- 八、如為低收入、中低收入、特殊境遇家庭等福利身分者，請提供證明。
- 九、其他相關佐證資料：如自費醫療明細表、清寒證明、身心障礙證明等，無則免付。

肆、申請方式：

- 一、申請人向癌症希望基金會三區小站申請。
- 二、由醫院社工、癌症資源中心專人或機構社工協助轉介癌症希望基金會申請。

伍、申請時間：

2026 年 12 月 31 日前即送即審。

陸、注意事項：

- 一、申請不代表通過審核，天河基金會將會進行最終資格審查後發放。發放方式為匯款至申請人金融機構戶頭。
- 二、為促進資源運用及醫社合作，醫院及機構轉介後，癌症希望基金會專業人員將主動聯繫癌友，進行關懷及服務評估。
- 三、經天河基金會書面審查，如審查人員認有需要評估，申請人需同意配合接受電話訪談；如有不便或不同意者，視為放棄申請，天河基金會將取消其申請資格。經審查並錄取頒發獎助學金者，不得再向天河基金會重複申請。
- 四、依法規定財團法人需公開捐助名單，如受獎人希望保密受獎之資訊，得事先以書面方式向天河基金會聲明拒絕，若未以書面方式向天河基金會聲明拒絕，天河基金會將視為其同意公開受獎資訊。

柒、若您不清楚如何請醫院或機構轉介，請直接洽詢癌症希望基金會三區希望小站申請：台北 02-33226286、台中 04-23055731、高雄 07-5810661

2026 癌友家庭獎助學金

您是否正在為罹癌而煩惱，同時也擔心教育費用？我們深知您的艱辛，特別為癌友家庭提供獎助學金，讓學子能夠安心就學，勇敢追夢！

即日起至2026/12/31皆可申請
即送即審

申請人為25歲以下本國籍，日間部高中職、五專、大專院校「在學學生」，未辦理休、退學者

申請人為以下條件之一

- Ø 癌症病人本人(即申請人)
- Ø 癌症病人之子女(即申請人)
- Ø 癌症病人之同戶籍且同住家屬(即申請人)

請洽癌症資源中心

詳細請掃我



財團法人天河教育基金會
「癌友家庭子女就學獎助學金」申請表

申請組別	<input type="checkbox"/> 國小組 <input type="checkbox"/> 國中組 <input type="checkbox"/> 高中職組 <input type="checkbox"/> 大專組			申請人姓名		
出生日期	民國 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	法定代理人	父：	母：
學校名稱					其他：	
科系組別	系 組		就讀年級			
學校表現	<input type="checkbox"/> __學年度第__學期領域學習課程等第或學業平均成績：__分；操行等第或成績：__分					
特殊表現	<input type="checkbox"/> 特殊表現： <input type="checkbox"/> 師長推薦：					
聯絡電話	室內電話：			行動電話：		
通訊地址						
戶籍地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 其他：					
e-mail						
聯絡人姓名		關係		聯絡電話		
患者姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	稱謂	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 其他：	
癌病名稱						
癌病期別	<input type="checkbox"/> 零期 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 不詳			確診日期	民國 年 月 日	
患者現況	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 復發治療中 <input type="checkbox"/> 門診追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：					
就診地區	縣市	鄉鎮市區	就診醫院			
醫療方式 (可重複)	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化學治療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 標靶治療 <input type="checkbox"/> 免疫藥物治療 <input type="checkbox"/> 荷爾蒙療法 <input type="checkbox"/> 骨髓移植 <input type="checkbox"/> 安寧緩和醫療或維生醫療 <input type="checkbox"/> 定期門診追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：					
身心障礙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度					
家庭經濟 狀況	1. 家庭成員共__人，目前工作人數共__人。 2. 特殊身分： <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 特殊境遇家庭 <input type="checkbox"/> 清寒家庭 <input type="checkbox"/> 其他：					
協辦單位 切結聲明	協辦單位承辦人員已核對申請人提供之 <u>當學期在學證明文件、前一學期成績單、戶籍謄本或戶口名簿、罹癌患者之病理診斷證明書及其他特殊情形之附件</u> ，並確認與本申請表填載內容相符。如有不實虛偽造假或糾紛等之情事，願負法令及完全之法律責任，並自行處理衍生之後果。					
	協辦單位蓋章			承辦人員簽章		
申請人 切結聲明	1. 申請人已充分瞭解「癌友家庭子女就學獎助學金申請辦法」申請內容與注意事項，並同意授權本會因業務需求運用申請人資料，作為後續關懷服務追蹤及文宣、報導等公益用途。如有必要，應配合本會家庭訪視或電話訪談。 2. 申請人切結上述填寫與所附申請資料均屬實無作假。本會於文件審核階段中，若發現提交文件涉有偽造文書之嫌時，除將通報所就讀之學校外，並得移請司法機關處理。 3. 申請人切結本人或同戶籍家屬皆未曾領取過此獎助學金，若發現有重複領取之情事，本會有權取消獲獎資格並得請求返還全數已發放之獎助學金。 4. 申請人如為未滿十八歲且未結婚之未成年人或無行為能力人，應於法定代理人閱讀、瞭解及同意本申請書所有內容後簽名，方得申請。 5. 申請人所提供資料包含第三人時，申請人應確認該第三人已知悉本個資告知內容，並擔保已取得第三人同意提供給本會處理及利用。					
	申請人簽名			法定代理人簽名 (若已成年則不需簽署)		
填表日期：中華民國 年 月 日						

附表 (同住家人如有二人以上罹癌且尚在治療中或門診追蹤者，再填寫本表)

財團法人天河教育基金會
「癌友家庭子女就學獎助學金」申請表

申請人姓名：					
患者姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	稱謂	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 其他：
癌病名稱					
癌病期別	<input type="checkbox"/> 零期 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 不詳	確診日期	民國	年	月 日
患者現況	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 復發治療中 <input type="checkbox"/> 門診追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：				
就診地區	縣市	鄉鎮市區	就診醫院		
醫療方式 (可重複)	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化學治療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 標靶治療 <input type="checkbox"/> 免疫藥物治療 <input type="checkbox"/> 荷爾蒙療法 <input type="checkbox"/> 骨髓移植 <input type="checkbox"/> 安寧緩和醫療或維生醫療 <input type="checkbox"/> 定期門診追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：				
患者姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	稱謂	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 其他：
癌病名稱					
癌病期別	<input type="checkbox"/> 零期 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 不詳	確診日期	民國	年	月 日
患者現況	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 復發治療中 <input type="checkbox"/> 門診追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：				
就診地區	縣市	鄉鎮市區	就診醫院		
醫療方式 (可重複)	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化學治療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 標靶治療 <input type="checkbox"/> 免疫藥物治療 <input type="checkbox"/> 荷爾蒙療法 <input type="checkbox"/> 骨髓移植 <input type="checkbox"/> 安寧緩和醫療或維生醫療 <input type="checkbox"/> 定期門診追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：				
患者姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	稱謂	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 其他：
癌病名稱					
癌病期別	<input type="checkbox"/> 零期 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 不詳	確診日期	民國	年	月 日
患者現況	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 復發治療中 <input type="checkbox"/> 門診追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：				
就診地區	縣市	鄉鎮市區	就診醫院		
醫療方式 (可重複)	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化學治療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 標靶治療 <input type="checkbox"/> 免疫藥物治療 <input type="checkbox"/> 荷爾蒙療法 <input type="checkbox"/> 骨髓移植 <input type="checkbox"/> 安寧緩和醫療或維生醫療 <input type="checkbox"/> 定期門診追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：				
協辦單位	(請加蓋單位章)				
申請人簽名					
法定代理人 簽名	父：				其他：
	母：				
填表日期：	中華民國	年	月	日	

HOPE 癌症希望基金會

2026 年癌症希望基金會 X 天河基金會癌友家庭獎助學金

重點注意事項及轉介單位資料表

1. 本案申請人為以下三種條件之一：
 - 癌友本人(即申請人)為高中職、五專、大專院校「在學學生」
 - 癌友之子女(即申請人)正在就讀高中職、五專、大專院校「在學學生」
 - 癌友之同戶籍且同住家屬(即申請人)正在就讀高中職、五專、大專院校「在學學生」
2. 本案為癌症希望基金會與天河基金會專案合作，全年皆可送案，每戶終生僅能有 1 名申請人申請。
3. 由癌症希望基金會社工、醫院社工/癌症資源中心、機構社工協助填寫申請表，填寫後，連同應備文件掛號郵寄 10058 台北市中正區臨沂街 3 巷 5 號 1 樓 癌症希望基金會收，註明「HOPE*天河基金會獎助學金申請」。
4. 醫院社工/癌症資源中心、機構社工請務必確認申請表內容完備，協辦單位切結聲明處為癌症希望基金會資料審查用，請勿填寫或用印。
5. 申請不代表通過審核，天河基金會將會進行最終資格審查後發放。
6. 為促進資源運用及醫社合作，若由合作醫院及機構轉介後，本會專業人員將主動聯繫癌友，進行關懷及服務評估。
7. 本案洽詢專線：02-33226286 分機 271 台北希望小站吳紫維主任。

※以上注意事項皆確認且了解後，敬請填入以下資料

轉介單位	類型	醫院/機構名	部門/單位名	轉介人姓名及職稱	轉介人電話
	<input type="checkbox"/> 非營利組織				
	<input type="checkbox"/> 醫院				

轉介人員簽章：

轉介人員主管簽章：