

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	出生日期	民國 年 月 日
學校名稱		就讀科系		年級	
報名資格	<input type="checkbox"/> 高中職組(含五專1~3年級) <input type="checkbox"/> 大學組(含五專4~5年級) <input type="checkbox"/> 學業成績,平均_____分 <input type="checkbox"/> 特殊優異表現_____ (需檢附獲獎證明)				
聯絡email					
聯絡手機	備用電話				
戶籍地址	□□□				
通訊地址	□ 同戶籍地址 □□□				
聯絡人	關係			聯絡電話	
罹癌家庭成員照護需求	<input type="checkbox"/> 護理 <input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 社福 <input type="checkbox"/> 其他_____			您是否為遠雄人壽保戶或保戶子女 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
罹癌成員	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 本人 癌症名稱			期別	
確診日期	民國 年 月 日			就診醫院	
目前現況	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 門診追蹤2年內 <input type="checkbox"/> 過世6個月內				
治療方式	<input type="checkbox"/> 手術治療 <input type="checkbox"/> 化學治療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 抗賀爾蒙治療 <input type="checkbox"/> 標靶藥物 <input type="checkbox"/> 免疫治療 <input type="checkbox"/> 安寧緩和 <input type="checkbox"/> 其他_____				

## 家庭經濟狀況

1. 家庭成員共\_\_\_\_\_人
2. 社會資源補助每月收入約\_\_\_\_\_元
3. 擁有福利身分:  低收入戶  中低收入戶  弱勢兒童及少年生活扶助  特殊境遇家庭扶助  身心障礙證明

## 檢附資料

- |                                                                |                                                                                |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 本報名表正本(線上報名者可直接線上填寫表單)                | <input type="checkbox"/> 罹癌父、母或本人之診斷證明書影本(須載明治療方式或治療計畫)                        |
| <input type="checkbox"/> 6個月內之同住全戶人口戶籍謄本影本                     | <input type="checkbox"/> 114學年第一學期成績單,特殊表現需附上獲獎證明                              |
| <input type="checkbox"/> 114學年度第二學期在學證明或學生證                    | <input type="checkbox"/> 自傳感想,A4電腦打字(由申請者撰寫,字數:600字以上)                         |
| <input type="checkbox"/> 一年內個人照一張、與家人合影之生活照片二張                 | <input type="checkbox"/> 其他特殊身分證明文件影本(如:低收/中低收入戶、特殊境遇家庭扶助、弱勢家庭兒少、身心障礙證明等,無則免附) |
| <input type="checkbox"/> 師長推薦函(無則免附)                           |                                                                                |
| <input type="checkbox"/> 申請者本人之存摺影本(如獲選的情況下,無法親領獎助學金,將以匯款方式提供) |                                                                                |

## 請問您從何處得知此活動訊息?

- 遠雄人壽  台灣癌症基金會  學校  醫院  大眾媒體(電視/網路)  其他\_\_\_\_\_

## 注意事項

1. 請詳細填寫此表勿漏填,並檢附完整資料,若資料不全恕不通知,視同放棄報名資格。
2. 本獎助學金「每戶以補助一名為限」,請斟酌戶內子女狀況,由一人提出申請。
3. 若獲此獎助學金,是否可出席8-9月台北頒獎典禮親領獎助學金  是  否
4. 如主辦單位提供居家整聊服務(由專業整聊師到府協助空間收納並提供喘息支持),請問您是否有意願申請  是  否
5. 如有未盡事宜,主辦單位保有說明與解釋之權利。

## 請確認並勾選

- 我已充分了解【遠雄人壽X台灣癌症基金會-2026年癌症家庭子女獎助學金】之活動內容與注意事項,且同意授權台灣癌症基金會因應會務需求,作為後續關懷服務追蹤使用,及可重製本人投稿之文章與照片,作為文宣、報導之公益使用。
- 我已閱讀並同意下述個人資料使用說明。
- 您所提供的個人資料(如姓名、電話、電子郵件、地址等),本會將依《個人資料保護法》及《公益勸募條例》相關規定,限於病友服務、募款聯繫、活動通知等公益用途進行蒐集、處理與利用,並妥善保護您的資訊安全。您可依法請求查詢、閱覽、補充、更正、停止使用或刪除個人資料。若您不同意提供或提供不正確之個人資料,本會將無法提供蒐集目的之相關服務。如欲取消相關訊息通知,請聯繫本會承辦人員。

申請人親簽:

日期:

繳交前請再次確認內容是否都已填寫完成,內容是否正確!