

「有愛相髓」支持計畫 申請辦法

為幫助骨髓增生性腫瘤病友盡早接受治療以降低未來疾病惡化風險、重拾生活品質，本會特募集資金，提供病友經濟補助，以減輕家庭負擔。

主辦單位

台灣骨髓增生性腫瘤關懷協會

補助對象

在中華民國(含離島)之醫療機構就醫接受治療之病患¹，經臨床診斷為骨髓增生性腫瘤患者，且經評估適用於長效型干擾素治療者

受理日期

本申請辦法將公告於 <https://www.tmpna.tw/>，自公告日起至 2025 年 10 月 31 日(以郵戳為憑)。

補助資格及金額

1. 自費購買 500mcg 劑型之長效型干擾素者
2. 每一劑補助 \$ 30,000 元，前六個月上限 6 劑，後六個月上限 3 劑，補助為期一年，共計上限 9 劑，憑購藥收據補助。第二年申請續用者，一年上限 6 劑，憑購藥收據補助。
3. 孕期中申請，額外提供孕期津貼 \$ 10,000 元，孕期津貼每一孕程限申請乙次。

申請流程

1. 請備齊附件資料
 - ☐ 支持計畫之申請表(附件一)
 - ☐ 治療現況評估表(附件二)
 - ☐ 醫院之正本診斷證明書(申請日期 6 個月內)以信封袋密封後寄至
台灣骨髓增生性腫瘤關懷協會 病友支持計畫專案小組 收
地址：台北市松山區南京東路四段 45 號 4F
(郵局寄件請以掛號寄出)
2. 專案小組收到資料後，將於 3 個工作天內與您聯絡，確認收件

注意事項

1. 每人每年限申請一次，依臨床綜合評估進行排序補助。
2. 第一年通過補助於第二年申請續用者，擁有排序優先權，第三年起申請需重新接受臨床綜合評估與排序。
3. 凡接受補助者，均需接受定期基因檢測追蹤，並同意檢測之相關數據供檢驗單位學術研究使用(詳告知同意書)。
4. 開始補助後，需謹遵醫囑接受治療，若未經醫師醫囑即自行變更療程或無故停止用藥，本會有權終止提供補助。
5. 所有提交之申請文件不論通過補助與否，一律不予返還，如有需要請自行留存備份。
6. 如有未盡詳細事宜，以主辦單位公告為主，主辦單位保留隨時修改補助辦法之權利。

¹ 不限需具備中華民國國籍身分，持永久居留權者，亦可提出申請

「有愛相髓」支持計畫 補助流程

第一階段、申請與評估

1. 備妥申請所需資料，提交至協會
2. 協會收件後聯繫約訪，進行計畫說明與評估、簽署同意書



第二階段、協會審查

協會審閱文件，經評估核可補助者由協會聯繫申請者與主治醫師



第三階段、補助核發

1. 申請者用藥後，檢附購藥收據影本予協會
2. 協會審核無誤撥款至指定帳戶

「有愛相髓」支持計畫 申請表

申請日期： 年 月 日		編號(本會填寫)：	
就診單位	醫院名稱：		主治醫師：
申請人基本資料	申請人姓名：	性別：	出生年月日：
	聯絡地址：		電話：
	電子郵件：		
	緊急聯絡人：	與申請人關係：	手機：
	就業狀況： ☐ 未就業(原因： ☐ 1. 未達就業年齡 ☐ 2. 年邁無法工作 ☐ 3. 因疾病無工作能力 ☐ 4. 無工作技能 ☐ 5. 缺乏工作機會 ☐ 6. 無工作意願 ☐ 7. 其他) ☐ 就業中(☐ 正職 ☐ 兼職 ☐ 臨時工)(工作收入：) ☐ 待業中 ☐ 退休		
	家居狀況： ☐ 與家人同住(註明家庭成員) ☐ 獨居 ☐ 其他		
	主要照顧者： ☐ 父母 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 同居人 ☐ 朋友 ☐ 其他		
	身分證影本		
	浮貼身分證正面		浮貼身份證反面
檢附資料	☐ 1. 申請表(本表) ☐ 2. 治療現況評估表 ☐ 3. 醫院診斷證明書正本(申請日期6個月內)		
轉介	單位名稱	轉介人 (簽名/蓋章)	
	電 話		
以下由協會人員填寫			
收件日期：		經辦人：	
審查日期：		審查結果： ☐ 通過 ☐ 未通過	

「有愛相髓」支持計畫 治療現況評估表 (由主治醫師填寫)

個案姓名：		評估日期：		年	月	日
治療評估	1. 疾病診斷					
	2. 疾病風險	☐ 低風險（年齡 60 歲以下且沒有血栓病史） ☐ 中風險（年齡大於 60 歲且沒有血栓病史，或年齡小於 60 歲有血栓病史） ☐ 高風險（年齡大於 60 歲且有血栓病史） ☐ 孕期中				
	3. 治療病史與現況描述					
	4. 目前治療醫囑					
補充說明	(簡述申請原因，作為補助排序參考)					
單位	醫院名稱		主治醫師 (簽名/蓋章)			