



醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院

109 年度第一次獎助學金申請表

☐公立高中職組☐大專院校組(請勾選組別)

編號: - (本會填寫)

姓名 (正楷字)	出生日期		年	月	日	請貼兩吋相片
就讀學校	系 級 (班 別)					
身份字號	性別		☐ 男 ☐ 女			
通訊地址	請確實填寫		電話			
戶籍地址	☐ 同上		電話	☐ 同上		
e-mail	請確實填寫		手機			

下列成員生活狀況：請填寫實際共同生活之親屬，如父母、(外)祖父母、叔伯姑姨、手足或其他親屬等

稱謂	姓名	年齡	工作/就學情況	每月收入	未就業原因	領取外界補助
本人						

註:1.「領取外界補助」：指政府或其他補助，如：中低收入補助、老年津貼等，勿有空格，若無填0。

2.以上欄位若不敷填寫，請自行影印，並於裁剪後浮貼於最後一欄

請說明全家每月平均支出：新台幣_____元(必填)

申請原因	☐ 因父、母親或主要經濟負擔者死亡、罹患重大傷病、失蹤、服刑、身障等情形或家庭遭遇重大災難者。 ☐ 單親、隔代教養、特殊境遇或扶養人口眾多等經濟較困頓家庭。
申請資料 (請依序並於左上角訂好)	☐ 1. 獎助學金申請表(本表) ☐ 2. 在學證明或學生證影本(需蓋有申請時該學期註冊章) ☐ 3. 近三個月內全戶戶籍謄本(需有記事欄) ☐ 4. 最近一學期之成績單(需有排名) ☐ 5. 學校推薦函 ☐ 6. 其他佐證資料(如:比賽成果資料、志願服務證明、低收入或中低收入證明、身心障礙手冊等)
聲明	1.本人保證上述所填各個事項及所附文件均為事實，並知悉提供不實資料及違反相關法令之後果，若有可歸責於己之事由，除繳回所領金額並自負一切法律責任。 2.本人同意申請通過，可將獲獎訊息公佈於相關網站。 申請人：_____ (簽章) 家長或監護人：未滿二十歲之學生 (簽章)
備註	1. 申請文件請寄「26546 宜蘭縣羅東鎮南昌街 83 號 羅東博愛醫院社工課收」，信封上請註明「申請羅東博愛醫院獎助學金」。連絡電話：03-9543131 轉 1080~1083，聯絡人:郭雅玲社工師。 2. 申請截止日：109 年 4 月 10 日前，以郵戳為憑，超過時間或資料不齊全者恕不受理。 3. 本會預計於 4 月 30 日於官網公佈申請結果。入選者將於頒獎典禮前以信件通知，請確實填寫居住地址；未入選者將不另行通知。 4. 申請表及附件資料恕不退件，惟本基金會將尊重個人機密予以嚴格保密。 5. 發放方式:將於頒獎典禮方式統一發放；頒獎典禮預計時間為 109 年 5 月，將另行通知得獎者。 6. 高中職組以學校推薦送件為主，自行送件者恕不受理。

學校師長推薦函

推薦師長簽名：

（此處需加蓋學校處室之戳記或關防）