



## 中華民國腦性麻痺協會獎學金申請表

會員姓名：

填表日期： 年 月 日

學生姓名		性別		照 片
與會員關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父子 <input type="checkbox"/> 父女 <input type="checkbox"/> 母子 <input type="checkbox"/> 母女			
學生身份證字號				
組別	<input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 大專院校(含四技二專)			
就讀學校	校名：_____		縣市	
	_____系、科____年____班		學號	
聯絡電話			行動電話	
地址	□□□			
E-mail				
郵局局號帳號	局號： 帳號： (戶名必須為申請學生本人)			
檢附證明	<input type="checkbox"/> 前一學年成績單正本 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊影本 <input type="checkbox"/> 學生證影本 <input type="checkbox"/> 學生身份證影本(正反面) <input type="checkbox"/> 郵局存摺封面影本(戶名必須為申請學生本人) <input type="checkbox"/> 其他(ex:低收入戶證明,如無則免附)_____			
<b>申請資格</b>				
<p>一、本會會員或會員子女為腦性麻痺患者，就讀大專校院、高中、職者，具有國內公立或已立案之私立學校學籍學生，且在法定修業年限內予以獎助。</p> <p>二、高中、職之學年成績總平均 70 分以上，操行平均 70 分以上，且無小過以上處分。</p> <p>三、大專校院之學年成績總平均 60 分以上，操行平均 70 分以上，且無小過以上處分。</p>				

請將申請表連同檢附資料一同寄出

郵寄地址：中華民國腦性麻痺協會 11162 台北市士林區中正路 420 號 2 樓

聯絡人：李庭皓 社工 聯絡電話：02-2831-7222 分機：236