

財團法人陳振武防盲教育基金會視障學生獎助學金申請書

姓 名			性 別	☐ 男 ☐ 女	學 校 名 稱	☐ 學院 ☐ 大學 ☐ 科技大學 ☐ 二技 ☐ 專科 ☐ 高市高中		學 號 班 級	
出 生 年 月 日		身 分 證 號 碼			住 址				
前學年 學業 成績	學 業		附 繳 證 件	(一) 前學年(上、下學期)成績單。 (二) 視障證明：視障手冊影本或眼科專科醫師證明(核定標準見附註一)。 (三) 有註冊章之學生證影本或在學證明書(須為目前就學中)。					
	操 行		打 勾	☐ 未領有其他獎助學金 ☐ 前學年內未受記過以上之處分					
以上所填均為真實 申請學生： 蓋章 導 師： 蓋章 申請日期： 中 華 民 國 年 月 日									

名 稱	定 義	等 級	標 準	備 註
附註： (一) 視覺障礙	係指由於先天或後天原因，導致視覺器官（眼球視覺神經、大腦視覺中心）之構造或機能發生部份或全部之障礙經治療仍對外界事物無法（或甚難）作視覺之辨識而言。	重 度	兩眼視力優眼在〇・〇一（不含）以下者。	殘障之核定標準，視力以矯正視力為準，經治療而無法恢復者。
		中 度	兩眼視力優眼在〇・一（不含）以下者。	
		輕 度	兩眼視力優眼在〇・一至〇・二者，或兩眼視野各為二〇度以內者。	
附註：(二) 申請書及有關資料請寄至 807 高雄市三民區自由一路 100 號高雄醫學大學附設中和紀念醫院眼科 轉財團法人陳振武防盲教育基金會收				