

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	學校名稱	<input type="checkbox"/> 學院 <input type="checkbox"/> 二技	<input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 專科	<input type="checkbox"/> 科技大學 <input type="checkbox"/> 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	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) 學生証影本				
	操行	<input type="checkbox"/> 未領有其他獎助學金 <input type="checkbox"/> 前學年內未受記過以上之處分				

申請學生： _____ 蓋章

導師： _____ 蓋章

申請日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

以上所填均為真實

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0.0-0.1(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0.1-1(不含)以下者。	
		輕度	兩眼視力優眼在1-10(不含)以下者，或兩眼視野各為20度以內者。	

附註：(二) 申請書及有關資料請寄至高雄市自由一路一〇〇號高雄醫學大學眼科轉財團法人陳振武防盲教育基金會收