

檔 號：

保存年限：

教育部 函

機關地址：100217 臺北市中正區中山南路5號

承辦人：邱美慧

電話：(02)77367891

電子信箱：zoechiou@mail.moe.gov.tw

受文者：國立中興大學

發文日期：中華民國114年9月16日

發文字號：臺教學(四)字第1140097426號

速別：普通件

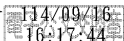
密等及解密條件或保密期限：

附件：來函、申請辦法、申請表 (附件一
A09000000E_1140097426_senddoc1_Attach1.pdf、附件二
A09000000E_1140097426_senddoc1_Attach2.pdf、附件三
A09000000E_1140097426_senddoc1_Attach3.pdf)

主旨：轉知社團法人中華民國腦性麻痺協會辦理「114年度中華民國腦性麻痺協會獎學金」案，請查照。

說明：依據中華民國腦性麻痺協會114年9月12日腦麻字第1140900002號函辦理。

正本：各公私立大專校院

副本：中華民國腦性麻痺協會 



國立中興大學



1140020600 114/09/16

第1頁，共5頁

檔 號：
保存年限：

中華民國腦性麻痺協會 函

地址：104612 臺北市中山區民生東路一段42號
5樓之5

聯絡人：翁淑芬

電話：02-2892-6222 分機：207

傳真：02-2891-1389

電子信箱：edu.cpfamily@gmail.com

受文者：教育部

發文日期：中華民國 114 年 9 月 12 日

發文字號：腦麻字第 1140900002 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：(一)114 年中華民國腦性麻痺獎學金_申請辦法

(二)114 年中華民國腦性麻痺獎學金_申請表

字份刊公
送掛號



主旨：檢送本會 114 年度「中華民國腦性麻痺協會獎學金」申請辦法及申請表，懇請 貴部代為宣傳並協助轉知所屬大專院校之腦性麻痺學生，敬請 查照。

說明：

一、為鼓勵辛勤優秀的腦性麻痺學子們，克服身體障礙勤奮向上，特設會員專屬獎學金「中華民國腦性麻痺協會獎學金」。欲了解詳細辦法及其他資訊請至本會網站查詢 (<https://reurl.cc/0W1XXo>)。

二、敬請轉知全國各大專院校符合申請資格之腦性麻痺學生，詳閱申請辦法並逕向本協會申請。

正本：教育部

副本：

理事長 劉漢宗

第一頁 共一頁

第2頁，共5頁



1140097426 收文日期:114/09/15



中華民國腦性麻痺協會獎學金申請辦法

中華民國 111 年 02 月修正

一、目的

為鼓勵腦性麻痺優秀之莘莘學子，能克服身體的障礙，勤奮向上，順利完成各階段的學業且表現優異，特設會員專屬之「中華民國腦性麻痺協會獎學金」。歡迎踴躍申請！

二、申請資格



- (一)自申請日前已連續二年繳交會費之會員或會員子女，且就讀大專校院(不含博碩士生)、高中職，具有國內公私立或已立案學籍之腦性麻痺學生。
- (二)中華民國腦性麻痺協會團體會員(限各地區腦性麻痺協會)，並為該團體之會員或會員子女，且就讀大專校院(不含博碩士生)、高中職，具有國內公私立或已立案學籍之腦性麻痺學生。
- (三)特殊教育學生就讀大專校院，依本辦法申請獎學金者，就學期間以申領四次為限。特殊教育學生就讀高中職，依本辦法申請獎學金者，就學期間以申領三次為限。

三、獎助條件

- (一)高中職組：含應屆畢業生，其前一學年課業成績總平均 70 分以上，操行成績平均 70 分以上(或相對等級)，且無任何懲處紀錄者。
- (二)大專校院組：含應屆畢業生，其前一學年課業成績總平均 80 分以上，操行成績平均 70 分以上(或相對等級)，且無任何懲處紀錄者。

四、獎助名額及金額

- (一)本協會會員以及會員之子女：
 - 1. 高中職組：每年 20 名，每名 3,000 元。
 - 2. 大專校院組：每年 20 名，每名 5,000 元。
- (二)具有本協會團體會員資格之各地區腦性麻痺協會：
 - 1. 高中職組：各協會 3 名，每名 3,000 元。
 - 2. 大專校院組：各協會 3 名，每名 5,000 元。



五、申請辦法

- (一)請於每年 09 月 01 日起至 10 月 31 日止，將相關申請文件郵寄(封面註明

「獎學金申請」)或逕送至本會。申請資料恕不退還。

(二)申請應備下列文件：

1. 獎學金申請書(含個人資料使用聲明同意書)
2. 學生身分證影本(正反面)或戶口名簿影本
3. 學生證影本(正反面,須有當學期註冊章)
4. (已經畢業學生可憑前一學年度成績申請)
5. 前一學年成績單
6. 身心障礙證明(正反面)
7. 腦性麻痺相關證明(鑑輔會證明、重大傷病卡或診斷證明)
8. 郵局存摺封面影本(戶名須為學生本人)

六、審查

(一)獎學金由本會「獎學金評審委員會」開會審核,擇優錄取。獎學金評審委員自本會理監事中遴選,任期與理監事相同。

(二)團體會員獎學金之申請由各地區腦性麻痺協會自行審核後,檢具所有申請文件送交本會備核。

(三)審核通過之名單,經本會理監事會核定後公告並擇日公開授獎。

七、其他

(一)獲得獎學金的學員請如期出席頒獎典禮,無故未到者視同放棄資格。頒獎時間將另行公告。

(二)申請人須同意將頒獎活動期間進行之拍照、攝影、訪談等肖像權歸屬於本會無償使用於非營利範圍。

(三)獲獎學員請於領獎當日,準備感謝卡致贈獎學金捐助人及中華民國腦性麻痺協會。

(四)本辦法經理監事會訂定,修正時亦同。

中華民國腦性麻痺協會

地址:104612 臺北市中山區民生東路一段42號5樓之5

聯絡人:特殊教育委員會

電話:(02)2892-6222 分機207



中華民國腦性麻痺協會獎學金申請表

中華民國腦性麻痺協會
THE CEREBRAL PALSY ASSOCIATION OF R.O.C.
☐本會會員，會員姓名：_____ ☐團體會員：_____ 地區協會 填表日期：114年 月 日

學生姓名			性別		照 片	近期2吋照
與會員關係	☐ 本人 ☐ 父子 ☐ 父女 ☐ 母子 ☐ 母女					
學生身份證字號						
組別	個人會員： ☐ 高中職 ☐ 大專院校(☐ 四技二專)	各地區團體會員： ☐ 高中職 ☐ 大專院校(☐ 四技二專)				
學校	校名：_____					
	申請科系/年級 _____系(科) _____年 班		現在就讀科系/年級 _____系(科) _____年 班			
聯絡電話			行動電話			
地址	☐ ☐ ☐					
E-mail						
郵局局號帳號 (戶名須為學生本人)			局號：			
			帳號：			
檢附證明	☐ 學生身分證影本(正反面)或戶口名簿影本 ☐ 學生證影本(正反面，須有當學期註冊章) (已經畢業學生可憑前一學年度成績申請) ☐ 前一學年成績單 ☐ 身心障礙證明(正反面) ☐ 腦性麻痺相關證明(鑑輔會證明、重大傷病卡或診斷證明) ☐ 郵局存摺封面影本(戶名須為學生本人)					
申請資格						
(一) 自申請日前已連續二年繳交會費之會員或會員子女，且就讀大專校院(不含博碩士生)、高中職，具有國內公私立或已立案學籍之腦性麻痺學生。 中華民國腦性麻痺協會團體會員(限各地區腦性麻痺協會)，並為該團體之會員或會員子女，且就讀大專校院(不含博碩士生)、高中職，具有國內公私立或已立案學籍之腦性麻痺學生。 (二) 特殊教育學生就讀大專校院，依本辦法申請獎學金者，就學期間以申領四次為限。特殊教育學生就讀高中職，依本辦法申請獎學金者，就學期間以申領三次為限。 ●高中職組：含應屆畢業生，其前一學年課業成績總平均70分以上，操行成績平均70分以上(或相對等級)，且無任何懲處紀錄者。 ●大專校院組：含應屆畢業生，其前一學年課業成績總平均80分以上，操行成績平均70分以上(或相對等級)，且無任何懲處紀錄者。						
同意書						
_____(請簽名)同意本人(含家屬)於頒獎活動期間進行之拍照、攝影與訪談等所有肖像權歸屬於中華民國腦性麻痺協會無償使用於非營利範圍。						

◎請將申請表連同檢附資料一同寄至中華民國腦性麻痺協會(並於信封上註明獎學金)

地址：104612 臺北市中山區民生東路一段42號5樓之5

電話：(02)2892-6222 分機207 特殊教育委員會，共5頁