

臺東縣衛生局守護婦幼幸福助孕補助作業要點

- 一、 為促進臺東縣(以下簡稱本縣) 家庭生育規劃，提供人工生殖及凍卵補助，以減輕民眾經濟壓力，建構友善生育環境，提升本縣生育率特訂定本要點。
- 二、 本要點補助對象，應符合下列條件：
 - (一)施作人工生殖(試管嬰兒)療程者：經人工生殖機構施術醫師診斷為不孕夫妻，須接受體外授精人工生殖技術，且本人或配偶設籍臺東縣六個月以上。
 - (二) 施作凍卵者療程者：本人或配偶設籍臺東縣六個月以上，且年齡為二十五歲以上未滿四十五歲者。
- 三、 本要點補助項目及金額如下：
 - (一) 施作人工生殖(試管嬰兒)療程者，每對不孕夫妻補助排卵藥物及胚胎植入費用，補助金額最高新臺幣六萬元整，每年以申請一次為限，若實支金額未達者，則以實支金額補助之。
 - (二) 施作凍卵者療程者，每位女性補助卵巢健康檢查(AMH)、排卵藥物及取卵手術費用，補助金額最高新臺幣六萬元整，每人以申請一次為限，若實支金額未達者，則以實支金額補助之。
- 四、 本要點申請流程如下：
 - (一) 施作人工生殖(試管嬰兒)者，至衛生福利部評核通過效期內之人工生殖機構施行人工生殖技術，並於人工生殖療程結束且胚胎植入後三個月內，由申請人或其代理人攜帶文件至戶籍地衛生所提出申請，應備文件如下：
 1. 人工生殖技術費用補助申請表二份(附件一)。
 2. 人工生殖機構診斷書正本，應載明人工生殖治療方法、診療期間起迄(自藥劑初次投藥日至懷孕檢查日)、每次取卵日、植入日等。
 3. 醫療收據正本及明細，應載明排卵藥物或胚胎植入費用。
 4. 近三個月內申請之夫妻雙方全戶戶籍謄本或戶口名簿影本，需含詳細記事；外籍配偶者請另檢附居留證影本。
 5. 人工生殖技術審核補助金額及領據。
 6. 申請人金融機構存摺封面影本及印章。
 7. 國民健康署人工生殖補助項目費用表。
 8. 切結書(附件三)
 9. 代理申請者請檢附委託切結書及身分證明文件，並依需求填寫公職人員及關係人身分關係揭露表(附件四)。

(二) 施作凍卵療程者，於凍卵療程結束後由申請人或其代理人攜帶文件至戶籍地衛生所提出申請，應備文件如下：

1. 凍卵技術費用補助申請表二份(附件二)。
2. 人工生殖機構診斷書正本應載明凍卵療程之卵巢健康檢查、藥劑初次投藥日至取卵日等。
3. 醫療收據正本及明細，需載明卵巢健康檢查、排卵藥物或取卵手術費用。
4. 身分證或戶口名簿影本。
5. 凍卵技術審核補助金額及領據。
6. 申請人金融機構存摺封面影本及印章。
7. 切結書(附件三)
8. 代理申請者請檢附委託切結書及代理人身分證明文件，並依需求填寫公職人員及關係人身分關係揭露表(附件四)。
9. 臺東縣衛生局(以下簡稱本局)應就承作醫療機構檢具之資料，逐案審查是否符合申請補助條件；不符合補助條件個案之檢測費，本局得本權責予以刪減。
10. 經本局同意補助之案件，其經費不得移作他用。
11. 對於接受補助之案件，本局得不定期抽查其辦理情形，發現成效不佳或有虛報、浮報等情事者，除應追繳補助款項外，依其情節輕重，停止補助一年至三年。

五、 每年十二月一日以後申請核銷者，併入隔年一月之申請核銷，由隔年經費支應；逾期未申請核銷，除有特殊理由經本局同意外，將不予補助。

六、 本要點依年度預算經費執行，該年度經費用罄即暫停補助。

七、 本要點補助僅適用於治療費用超出衛生福利部國民健康署體外授精人工生殖技術補助方案範圍者，方得申請補助費用。

臺東縣接受人工生殖技術費用補助申請表

申請日期： 年 月 日

姓名		出生日期		聯絡電話	(公司) (住家) (行動)
身分證字號/居留證字號		國別	<input type="checkbox"/> 1 本國 <input type="checkbox"/> 2 大陸 <input type="checkbox"/> 3 外籍 ()	職業別	<input type="checkbox"/> 1 軍公教 <input type="checkbox"/> 2 農 <input type="checkbox"/> 3 工 <input type="checkbox"/> 4 商 <input type="checkbox"/> 5 服務業 <input type="checkbox"/> 6 家管 <input type="checkbox"/> 7 其他 ()
教育程度	<input type="checkbox"/> 1 國中及以下 <input type="checkbox"/> 2 高中 <input type="checkbox"/> 3 大(專)學 <input type="checkbox"/> 4 研究所以上 <input type="checkbox"/> 5 其他			身分別	<input type="checkbox"/> 0 一般戶 <input type="checkbox"/> 1 低收入戶 <input type="checkbox"/> 2 原住民 <input type="checkbox"/> 3 新住民 <input type="checkbox"/> 4 身心障礙 (障別：程度：)
戶籍地址					
現居地址					
配偶(夫)		出生日期		聯絡電話	(公司) (住家) (行動)
身分證字號		結婚日期		職業別	<input type="checkbox"/> 1 軍公教 <input type="checkbox"/> 2 農 <input type="checkbox"/> 3 工 <input type="checkbox"/> 4 商 <input type="checkbox"/> 5 服務業 <input type="checkbox"/> 6 家管 <input type="checkbox"/> 7 其他 ()
教育程度	<input type="checkbox"/> 1 國中及以下 <input type="checkbox"/> 2 高中 <input type="checkbox"/> 3 大(專)學 <input type="checkbox"/> 4 研究所以上 <input type="checkbox"/> 5 其他			身分別	<input type="checkbox"/> 0 一般戶 <input type="checkbox"/> 1 低收入戶 <input type="checkbox"/> 2 原住民 <input type="checkbox"/> 3 新住民 <input type="checkbox"/> 4 身心障礙 (障別：程度：)
就診醫療院所					
驗孕結果	<input type="checkbox"/> 未懷孕， <input type="checkbox"/> 懷孕中(<input type="checkbox"/> 單胎 <input type="checkbox"/> 雙胞胎，預產期： / /)， <input type="checkbox"/> 尚未確定				
E-mail			匯款戶名		
簽章			郵局或銀行名稱		
			局/帳號		
應備文件	<input type="checkbox"/> 1. 診斷書正本(註明人工生殖治療方法、每次療程之診療期間起迄(自初次投藥日至驗孕檢查日)、每次取卵日、每次植入日等)。 <input type="checkbox"/> 2. 醫療收據正本(需載明排卵藥物或胚胎植入費用)。 <input type="checkbox"/> 3. 夫妻全戶戶籍謄本或戶口名簿影本。(新住民另需檢附居留證影本) <input type="checkbox"/> 4. 本申請表。 <input type="checkbox"/> 5. 人工生殖技術審核補助金額及領據。 <input type="checkbox"/> 6. 申請人金融機構存摺封面影本及私章。 <input type="checkbox"/> 7. 切結書(本人)、委託切結書及受託人身份證明文件(受託人請檢附)。				
備註	每人補助排卵藥物及胚胎植入費用，一年 1 次，加碼補助金額最高上限新臺幣 6 萬元整。本補助應於人工生殖療程結束後(胚胎植入)3 個月內檢附相關資料，由申請人向戶籍地衛生所提出申請，經審核通過後撥款。 (補充說明：因應衛生福利部國民健康署 114 年 10 月 31 日體外授精人工生殖技術補助方案，本補助僅適用於治療費用超出國民健康署補助範圍者，才可以加碼申請補助費用。)				

臺東縣接受凍卵技術費用補助申請表

附件 2

姓名		出生日期		聯絡電話	(公司) (住家) (行動)
身分證字號/居留證字號		國別	<input type="checkbox"/> 1 本國 <input type="checkbox"/> 2 大陸 <input type="checkbox"/> 3 外籍 ()	職業別	<input type="checkbox"/> 1 軍公教 <input type="checkbox"/> 2 農 <input type="checkbox"/> 3 工 <input type="checkbox"/> 4 商 <input type="checkbox"/> 5 服務業 <input type="checkbox"/> 6 家管 <input type="checkbox"/> 7 其他 ()
教育程度	<input type="checkbox"/> 1 國中及以下 <input type="checkbox"/> 2 高中 <input type="checkbox"/> 3 大(專)學 <input type="checkbox"/> 4 研究所以上 <input type="checkbox"/> 5 其他			身分別	<input type="checkbox"/> 0 一般戶 <input type="checkbox"/> 1 低收入戶 <input type="checkbox"/> 2 原住民 <input type="checkbox"/> 3 新住民 <input type="checkbox"/> 4 身心障礙 (障別： 程度：)
戶籍地址					
現居地址					
就診醫療院所					
E-mail			匯款戶名		
簽章			郵局或銀行名稱		
			局/帳號		
應備文件	<input type="checkbox"/> 1. 診斷書正本(載明凍卵療程：卵巢健康檢查、藥劑初次投藥日至取卵日等)。 <input type="checkbox"/> 2. 醫療收據正本及明細(需載明卵巢健康檢查、排卵藥物或取卵手術費用)。 <input type="checkbox"/> 3. 身分證或戶口名簿影本。 <input type="checkbox"/> 4. 凍卵技術費用補助申請表。 <input type="checkbox"/> 5. 凍卵技術審核補助金額及領據。 <input type="checkbox"/> 6. 申請人金融機構存摺封面影本及印章。 <input type="checkbox"/> 7. 切結書(本人)、委託切結書及受託人身分證明文件(受託人請檢附)。				
備註	本補助應於凍卵療程結束後 3 個月內檢附相關資料，由申請人或由受託人攜帶相關資料至戶籍地衛生所提出申請，每人以申請 1 次為限。				

申請日期： 年 月 日

切 結 書

本人_____女士，知悉提供不實資料及違反相關法令之後果，及未有溢領補助之情事，若有提供資料不實，且可歸責於己之事由，除繳回所領金額並自負一切法律責任。

本補助款若經本縣衛生局審核通過並核撥至申請人提供之帳戶內，日後若有具領爭議，本人願負法律上完全責任。

※以上所言確實屬實，如有虛報或重複請領者，本人願無條件繳回溢領款項。

特立此據

申請人：

【簽章】



身分證號碼：

聯絡電話：

地址：

中 華 民 國 年 月 日

**公職人員利益衝突迴避法第 14 條第 2 項
公職人員及關係人身分關係揭露表範本**
【A. 事前揭露】：本表由公職人員或關係人填寫

附件 4

（公職人員或其關係人與公職人員服務之機關團體或受其監督之機關團體為補助或交易行為前，應主動於申請或投標文件內據實表明其身分關係）

※交易或補助對象屬公職人員或關係人者，請填寫此表。非屬公職人員或關係人者，免填此表。

表 1：

參與交易或補助案件名稱：	案號： （無案號者免填）
本案補助或交易對象係公職人員或其關係人：	
<input type="checkbox"/> 公職人員（勾選此項者，無需填寫表 2） 姓名：_____ 服務機關團體：_____ 職稱：_____	
<input type="checkbox"/> 公職人員之關係人（勾選此項者，請繼續填寫表 2）	

表 2：

公職人員： 姓名：_____ 服務機關團體：_____ 職稱：_____			
關係人（屬自然人者）：姓名 _____			
關係人（屬營利事業、非營利之法人或非法人團體）： 名稱 _____ 統一編號 _____ 代表人或管理人姓名 _____			
關係人與公職人員間係第 3 條第 1 項各款之關係			
<input type="checkbox"/> 第 1 款	公職人員之配偶或共同生活之家屬		
<input type="checkbox"/> 第 2 款	公職人員之二親等以內親屬	稱謂：_____	
<input type="checkbox"/> 第 3 款	公職人員或其配偶信託財產之受託人	受託人名稱：_____	
<input type="checkbox"/> 第 4 款 （請填寫 abc 欄位）	a. 請勾選關係人係屬下列何者： <input type="checkbox"/> 營利事業 <input type="checkbox"/> 非營利法人 <input type="checkbox"/> 非法人團體	b. 請勾選係以下何者擔任職務： <input type="checkbox"/> 公職人員本人 <input type="checkbox"/> 公職人員之配偶或共同生活之家屬。姓名：_____ <input type="checkbox"/> 公職人員二親等以內親屬。 親屬稱謂：_____（填寫親屬稱謂例如：兒媳、女婿、兄嫂、弟媳、連襟、妯娌） 姓名：_____	c. 請勾選擔任職務名稱： <input type="checkbox"/> 負責人 <input type="checkbox"/> 董事 <input type="checkbox"/> 獨立董事 <input type="checkbox"/> 監察人 <input type="checkbox"/> 經理人 <input type="checkbox"/> 相類似職務：_____
<input type="checkbox"/> 第 5 款	經公職人員進用之機要人員	機要人員之服務機關：_____ 職稱：_____	
<input type="checkbox"/> 第 6 款	各級民意代表之助理	助理之服務機關：_____ 職稱：_____	

填表人簽名或蓋章：

（填表人屬營利事業、非營利之法人或非法人團體者，請一併由該「事業法人團體」及「負責人」蓋章）

備註：

填表日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

此致機關：