

附表一

臺南市人工生殖技術費用補助之資格審查申請表（個案申請用）

申請人 本人 基本 資料	姓名	身分證統一編號	出生日期	電話及 Email
	本人 (設籍者)		年 月 日	住宅: 手機: Email: 設籍臺南市日期:
	配偶		年 月 日	住宅: 手機: Email:
	戶籍地	郵遞區號□□□□□□ 縣市 鄉鎮市區 村里 鄰 路/街 段 巷 弄 號 樓之		
	現居地	<input type="checkbox"/> 同上 郵遞區號□□□□□□ 縣市 鄉鎮市區 村里 鄰 路/街 段 巷 弄 號 樓之		
	#請提供夫妻雙方之身分證黏貼於下方表格			
黏貼身分證影本(正反面) - 夫			黏貼身分證影本(正反面) - 妻	
應備文件 (確認並勾選)	<input type="checkbox"/> 1. 資格審查申請表 1 份 <input type="checkbox"/> 2. 不孕症診斷證明及收據正本 1 份 <input type="checkbox"/> 3. 本年度未接受衛生福利部國民健康署試管嬰兒的補助切結書 <input type="checkbox"/> 4. 戶籍謄本正本 1 份 <input type="checkbox"/> 5. 郵局存摺影本			
補助技術方法	<input type="checkbox"/> 1. 取卵手術 <input type="checkbox"/> 2. 胚胎植入術			
<p>本人已瞭解本申請表各節，保證上述所填各項資料及所附文件均為真實，並知悉提供不實資料及違反相關法令之後果，若有可歸責於己之事由，除繳回所領金額並自負一切法律責任。</p> <p>申請人(同本人)簽章：_____ <input type="checkbox"/> 配偶_____ <input type="checkbox"/></p> <p>申請日期：中華民國_____年_____月_____日</p>				

※備註:1. 補助審查條件：補助對象夫妻至少一方應設籍臺南市。

2. 申請人應備齊證明文件，向臺南市政府衛生局提出申請。

切 結 書

本人 _____ 110 年度並未接受衛生福利部國民健康署「低收入戶及中低收入戶之體外受精（俗稱試管嬰兒）補助方案」之補助，如有不實者，願承擔相關一切法律責任，特立此切結為憑。

立切結書人： (簽章)

國民身分證統一編號：

住址：

中 華 民 國 年 月 日

附表二 (申請人填寫)

【臺南市人工生殖技術費用補助】

領 據

茲領到臺南市人工生殖技術費用補助款共新台幣 _____ 元整(大寫)

此致 臺南市政府衛生局

匯款戶名：

郵局或銀行名稱： (分行)

局/帳號：

領款人： _____ (簽章)

申請日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人已瞭解本申請表各節，保證上述所填各項資料及所附文件均為真實，且本補助醫療費用不得列為個人綜合所得稅醫藥及生育費之列舉扣除額，並知悉提供不實資料及違反相關法令之後果，若有可歸責於己之事由，除繳回所領金額並自負一切法律責任。

申請人簽章： _____ 申請日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

註:1.請領款人務必確認匯款資訊是否正確，領款人簽章須與匯款戶名為同一人，其補助款項金額不得擅自塗改修正。

2. 本表應於**本年度內**提出申請，以利完成後續核銷及撥款作業，請寄至(70101)臺南市東區林森路1段418號，國民健康科收，並註明人工生殖補助。

3.如有任何疑義，請洽業務聯繫窗口電話(06)2679751*264。