

臺南市 114 年度助您好孕-生育力保存補助

壹、背景說明

由於現今社會普遍存在晚婚、晚育的現象，民國 110 年男女性平均初婚年齡為 32.3 歲、30.4 歲，婦女第一胎平均生育年齡延後為 31.23 歲，又依生母年齡結構，分析 110 年之生育情形，其中生母年齡以 30~34 歲者最多，達 36.1%，其次為 35~39 歲次，占 25.2%，遲育趨勢相當明顯；因此也同時呈現不孕或甚至想生生不出來之問題。另，依據衛生福利部國民健康署資料顯示 110 年平均每 4 分 19 秒就有 1 人罹癌，罹癌女性有 39,437 人，其中 25~40 歲約 1,650 位女性，為協助有意願日後生育的罹癌女性，在癌症治療迫切的時間壓力下，可考慮保存生殖細胞的可行性，減輕考慮保存生殖細胞的可行性的經費負擔，適時將健康完好的生殖細胞冷凍保存，在積極抗癌之餘仍保有彌足珍貴的生育力與希望，待日後有生育需求時，仍有健康的卵孕育下一代，喜迎生命的到來，改善少子化的問題。

貳、計畫目的

對有意願生育之罹癌市民提供支持和協助，減輕施行凍卵/凍精經濟負擔。

參、計畫期程

核准後自 114 年 1 月 1 日起至 114 年 11 月 30 日止或經費用罄為止。

肆、實施方法

一、補助對象資格(均需符合)：

- (一)針對本人(或配偶)設籍本市 6 個月以上，且持續在籍。
- (二)40 歲(民國 74 年次)以下本市市民。
- (三)需經由專科醫師認定個案因新罹癌須治療而影響生育功能者，並由醫師開立診斷證明書。
- (四)符合補助對象，且已接受凍卵/凍精療程。
- (五)當年度 AMH 抽血檢驗與取卵療程、凍卵療程無申請衛生福利部「體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術補助方案」。

二、補助項目和額度：

- (一)凍卵補助：於 114 年 1 月 1 日至 114 年 10 月 31 日間至本市衛生福利

部許可之人工生殖機構完成凍卵流程，每人補助 2 萬元。(已包含 AMH 抽血檢驗補助，不得再另外申請 AMH 抽血檢驗補助費用 1,000 元)，依先後核准順序補助 50 案，經費用罄為止。未達 2 萬元者，依實際醫療費用核實支付，每人次數為終生 1 次。

(二) **凍精補助**：於 114 年 1 月 1 日至 114 年 10 月 31 日間至本市衛生福利部許可之人工生殖機構完成凍精流程，每人補助 3,000 元，經費用罄為止。未達 3,000 者，依實際醫療費用核實支付，每人次數為終生 1 次。

(三) **AMH 抽血檢驗補助**：補助對象至本市合約人工生殖機構接受冷凍卵子療程前接受 AMH 抽血檢驗，如經醫師評估後不適合凍卵，則補助 AMH 抽血檢驗費 1,000 元，未達 1,000 元者，依實際醫療費用核實支付，每人次數為終生 1 次。

三、補助方式：

符合補助資格者，逕赴衛生福利部評核通過效期內本市之人工生殖機構(附件一)施行凍卵/凍精，療程結束後檢附相關文件，向臺南市政府衛生局提出申請。

四、申請文件：

(一)檢附相關證明文件向本府衛生局提出申請表，應備齊文件：

1. 臺南 114 年度助您好孕-生育力保存之資格審查申請表 (附表一)
2. 新罹癌診斷證明書正本
3. 醫生評估適合凍卵/凍精之診斷證明或經醫師評估後不適合凍卵診斷證明
4. 金融機構帳戶影本 1 份
5. 醫療收據繳費證明
6. 領據(附表三)
7. 切結書暨同意書 (附表四)

(二)經本市政府衛生局審核，符合補助資格者，由本府衛生局函知申請人並提供補助。

附表一

臺南市 114 年度助您好孕-生育力保存補助之資格審查申請表(個案申請用)

申請人基本資料	姓名		身分證統一編號	出生日期	電話及 Email
	本人			年 月 日	住宅電話: 手機號碼: Email: 設籍臺南市日期:
	配偶			年 月 日	住宅電話: 手機號碼: Email: 設籍臺南市日期:
	戶籍地				
	現居地				
	# 申請人之身分證正反面影本(如本人未設籍本市,請另提供配偶之身分證正反面影本)				
黏貼身分證影本(正面)			黏貼身分證影本(背面)		
應備文件 (確認並勾選)	<input type="checkbox"/> 1. 本資格審查申請表 1 份 <input type="checkbox"/> 2. 新罹癌診斷證明書 <input type="checkbox"/> 3. 金融機構帳戶影本 1 份 <input type="checkbox"/> 4. 醫生評估適合凍卵/凍精之診斷證明或經醫師評估後不適合凍卵 <input type="checkbox"/> 5. 繳費證明(衛生福利部許可之人工生殖機構所開立,需載明凍卵/凍精費用)(生殖機構限本市) <input type="checkbox"/> 6. 今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暨同意書 <input type="checkbox"/> 7. 戶籍謄本正本 1 份				
補助項目(擇一)	<input type="checkbox"/> 凍卵:凍卵日期____年____月____日 <input type="checkbox"/> AMH 抽血檢驗日期____年____月____日				
<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. 本申請書及相關資料於事實發生日後,應備齊證明文件,向臺南市政府衛生局提出申請於 114 年 10 月 31 日前請送至臺南市政府衛生局,地址:730 台南市新營區東興路 163 號國民健康科收,電話:(06)6357716 轉 279。

附表二-1

臺南市 114 年度助您好孕-生育力保存補助之資料黏貼聯

金融機構帳戶影本黏貼處

醫療收據影本黏貼處(收據日期為 114 年度)

附表二-2

臺南市 114 年度助您好孕-生育力保存補助之資料黏貼聯

新罹癌診斷證明影本黏貼處

適合凍卵/凍精診斷證明/經醫師評估後不適合凍卵診斷證明黏貼處

附表四

切結書暨同意書

- 一、本人_____參加臺南市政府衛生局辦理之 114 年度助您好孕-生育力保存補助計畫，同意遵守該局計畫之規定，如有違反，經查證屬實，願繳還已領受之補助費用。
- 二、切結事項如下:本人當年度取卵療程無申請衛生福利部體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術補助方案且未曾接受本項補助。
- 三、本人已充分了解本計畫補助項目，同意臺南市政府為公共衛生等相關作業用途，蒐集、處理及利用本人之個人資料，並同意衛生人員進行後續電話關懷。
- 四、本人所填寫之申請文件及相關證明文件切結書資料，皆由本人確認屬實。如經查獲不實，由本人自負法律上一切責任，絕無異議。

立書人:

簽章



身分證號碼:

聯絡電話:

地址:

中華民國 年 月 日

附件一

臺南市體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術補助方案之特約人工生殖機構名單(113.09.3)

編號	行政區	醫療院所	地址	聯絡電話
1	中西區	大安婦幼醫院	臺南市中西區金華路三段 167 號	(06)2278899
2	中西區	台南市郭綜合醫院	臺南市中西區民生路 2 段 22 號	(06)2221111 轉 9
3	東區	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人台南新樓醫院	臺南市東區東門路一段 57 號	(06)2748316 轉 1035
4	北區	安安婦幼診所	臺南市北區開元路 286 號	(06)2091666 分機 232.233
5	安平區	安安試管永華婦幼診所	臺南市安平區永華路二段 516 號	(06)2989899
6	永康區	奇美醫療財團法人奇美醫院	臺南市永康區中華路 901 號	(06)2812811 轉 53417-8
7	北區	國立成功大學醫學院附設醫院	臺南市北區勝利路 138 號	(06)2353535 轉 3599 或 3600
8	永康區	許朝欽婦產科診所	臺南市永康區中華路 247 號	(06)3128887
9	永康區	璟馨婦幼醫院	臺南市永康區東橋七路 198 號	(06)3023366

以上名單依醫療院所筆畫順序排列