

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。