

臺南市114年度婚後孕前健康檢查補助計畫

壹、背景說明

近年來，國人平均生育年齡逐年攀升，再加上生活、飲食不規律及工作壓力大，越來越多夫妻面臨不孕想生生不出來問題，也擔憂遺傳疾病導致懷上不健康寶寶。因接受孕前相關健康檢查亦是一筆不小的經濟負擔，易使此群不孕想生生不出來夫妻打退堂鼓。故而為減輕沉重經濟負擔，鼓勵生育，解決少子化問題，本市在有限預算下試行規劃補助，協助有意願孕育下一代的家庭，喜迎生命的到來。

目前中央僅針對懷孕後之34歲以上孕婦、具遺傳疾病家族史等高危險群提供產前遺傳診斷相關補助，然根據統計近年嬰兒死因與遺傳疾病、早產等息息相關，顯現孕前檢查之重要性。

依據衛生福利部統計處統計數據，近年本市嬰兒死亡率上升，且主要死因與「遺傳、基因或染色體突變」、「早產」、「周產期感染」…等因素相關，由此可見除了加強宣導定期產檢外，婚後孕前的檢查亦不容忽視，針對婚後孕前健康檢查費用補助刻不容緩。

貳、計畫目的

- 一、減輕已婚夫妻接受孕前健康檢查的沉重負擔。
- 二、協助已婚夫妻順利孕育下一代。

參、計畫期程

自 114 年核准後至 114年 11 月 30 日止，若遇計畫經費用罄即提早結束。

肆、實施方法

一、補助對象資格：

- (一) 夫妻至少一方設籍臺南市。
- (二) 雙方為合法婚姻關係。
- (三) 未曾生育第一胎之夫妻。
- (四) 需配偶雙方同時提出申請，每人每次婚姻限接受一次補助。

二、補助項目及額度：

- (一) 符合前列資格者，每人每次婚姻可申請1次孕前健康檢查費用補助。
- (二) 依實際檢查項目金額，每案女性最高核給新臺幣1,000元整、男性最高核

給新臺幣500元整。

(三) 依先後核准順序補助 2,000 案，經費用罄為止。

(四) 補助項目：

女性	血液常規、尿液常規、梅毒篩檢、愛滋病篩檢、德國麻疹抗體	1,000元/案
男性	血液常規、尿液常規、梅毒篩檢、愛滋病篩檢、精液分析	500元/案

(五) 本補助僅針對前述檢查項目，掛號費及診察費需自付。

三、申請方式及流程：

(一) 市民至本市設有家醫科或婦產科之醫療機構掛號受檢後，檢附相關證明文件向本府衛生局提出申請，應備齊文件：

1. 臺南市婚後孕前健康檢查補助之資格審查申請表（附表一）及領據（附表二）

2. 婚後孕前健康檢查「醫療收據正本或副本」及「檢查報告影本或副本」。

3. 配偶雙方戶籍謄本影本(記事不省略)(外籍配偶尚未擁有戶籍謄本等證明時，請檢附依親證明)。

(二) 經本市政府衛生局審核符合補助資格者，逕將補助款匯入申請者帳戶（檢附存摺影本）。

四、申請本補助方案之費用，應於民國114年11月30日前（以醫療收據日期為準）向本市政府衛生局提出申請，逾期不予補助。

五、計畫效益分析：本市民眾接收婚後孕前健康檢查補助情形。

附表一

臺南市婚後孕前健康檢查補助之資格審查申請表(個案申請用)

申請人基本資料 (受檢夫妻配偶一請填設籍臺南市者)	姓名		身分證統一編號	出生日期	電話及 Email
	配偶一 (設籍者)			年 月 日	住宅: 手機: Email: 設籍臺南市日期:
	生理性別	☐ 男 ☐ 女			
	配偶二			年 月 日	住宅: 手機: Email:
	生理性別	☐ 男 ☐ 女			
	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		☐ 同上 郵遞區號 縣市 鄉鎮市區 村里 鄰 路/街 段 巷 弄 號 樓之		

醫療機構名稱：		受檢日期：	
# 請提供夫妻雙方之身分證(外籍配偶請提供居留證)黏貼於下方表格			
浮貼身分證影本(正反面)或居留證-夫		浮貼身分證影本(正反面)或居留證-妻	
應備文件 (確認並勾選)	☐ 1. 資格審查申請表正本1份 ☐ 2. 婚後孕前健康檢查「醫療收據正本或副本」及「檢查報告影本或副本」各1份 ☐ 3. 領據正本1份(由申請人簽章) ☐ 4. 已婚證明文件(戶籍謄本或依親證明影本1份) ☐ 5. 存摺影本		
申請人 切結聲明	本人已閱讀並了解此補助計畫相關規定及本申請表各項內容，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，除繳回所領金額外應自負一切法律責任。 本申請之補助款項經衛生局審核通過並核撥至本人帳戶內，日後若有任何具領爭議，本人願負法律上完全責任。 申請人簽名：_____ 申請日期： 年 月 日		

臺南市政府衛生局

「臺南市婚後孕前健康檢查」生育補助方案領據

茲領到臺南市政府衛生局「臺南市婚後孕前健康檢查」補助費計

新臺幣 壹 仟 伍 佰元整，確實無訛。

此致 臺南市政府衛生局

匯款戶名：

銀行或郵局名稱：_____（_____分行）

局/帳號：

領款人：_____（請簽章）



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. 本表應於民國114年11月30日前（以醫療收據日期為準）提出申請，以利完成後續核銷及撥款作業，相關申請文件請寄730213 臺南市新營區東興路163號 國民健康科 收，並註明婚後孕前健康檢查補助申請。