1

|  |
| --- |
| **連江縣縣民接受人工生殖技術費用補助申請表**申請日期: 年 月 日  |
| (申請人)姓名 |  | 身分證字號 |  | 蓋章 | (申請人) | (配偶) |
| 出生日期 |  |
| 設籍日期 |  |
| (配偶)姓名 |  | 身分證字號 |  | 電話 | 家: |
| 出生日期 |  |
| 設籍日期 |  | 手機: |
| 戶籍地址 | 連江縣 鄉(鎮)  |
| 現居地址 |  |
| 就診醫療院所 |  | 收據總金額 |  |
| 人工生殖技術 | □試管嬰兒 □配偶間人工授精 □使用捐贈生殖細胞之人工授精□其他(請註明)  |
| 驗孕結果 | □未懷孕，□懷孕中**(**□單胎 □雙胞胎，預產期: / / ) |
| e-mail(匯款通知) |  | **今年已補助金額** | 新台幣 元整 |
| **本次補****助金額** | 新台幣 元整 |
| 匯 款戶 名 |  | 郵局或銀行名稱 |  銀行代號: |
| 局/帳號 |  |
|  茲本人同意提供個人資料（包括姓名、生日、身份證字號、電話、地址、人工生殖等相關資料）予 貴局，並同意 貴局所得為公共衛生、辦理人工生殖補助等相關作業用途，蒐集、處理及利用本人之個人資料。 本人了解就所提供之個人資料依法得行使查詢或請求閱覽、請求製給複製本、請求補充或更正、請求停止蒐集、處理或利用以及請求刪除等權利，並同意本同意書所列之事項。 若無法提供上述之相關資料，本局將無法受理補助。  **立同意書人簽名: 立同意書日期: 年 月 日** |
| 應備文件 | □1.**醫師診斷證明正本(**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)、取卵(精)日、植入日、驗孕日及驗孕結果等資訊……)。□2.**診療期間醫療收據正本**(釋出處方至藥局採購用藥，請檢附**處方箋影本**、藥局開立買受人、**詳細藥品明細、數量、單價、金額之正本憑證**)□3.**申請人金融機構存摺封面影本** □4**.戶籍謄本** |
| 備註 | 補助金額：每二年補助一次最高核給新臺幣八萬元，若實支金額未達新臺幣八萬元，則以實支金額補助，本補助應**整個療程結束後並註明懷孕結果**方可接受申請，並於首次就醫診療日後**六個月內**向衛生福利局提出申請，逾期不予補助，當年補助款請務必當年12/15前申請。 |