

附表三

體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術施術補助資格審查表

申請人基本資料(受術夫妻)	姓 名	身分證統一編號/ 外籍統一證號或 護照號碼	出 生 日 期	電 話 及 Email
	夫		年 月 日	電話: Email:
	妻		年 月 日	電話: 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		
	內政部戶政司網 站身分驗證資料	驗證身分證統一編號 領補換類別： <input type="checkbox"/> 初發 <input type="checkbox"/> 補發 <input type="checkbox"/> 換發	發證日期	發證地點(縣市)
不孕原因	<input type="checkbox"/> (1)輸卵管因素 <input type="checkbox"/> (2)卵巢因素 <input type="checkbox"/> (3)子宮內膜異位症 <input type="checkbox"/> (4)其他子宮因素 <input type="checkbox"/> (5)其他女性因素 (請註明_____) <input type="checkbox"/> (6)男性因素 <input type="checkbox"/> (7)多種因素 <input type="checkbox"/> (9)不明原因(註:若為二種以上不孕原因,請 填寫代碼(7))			
符合進行體外受精(試管嬰兒)治療	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
本次申請 補助次數	<input type="checkbox"/> 首次申請 <input type="checkbox"/> 非首次申請(本次為第____次申請)	受術妻第1次申請補助 之 年 齡	<input type="checkbox"/> 39歲(含)以下:____歲 <input type="checkbox"/> 40~44歲(含)以下:____歲	
受術妻已生育幾胎		是否為低收入戶或中低收入戶	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
是否曾於其他機構申請本次補助 (回復「是」,另勾選右側選項)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 放棄其他機構之補助申請案編號 <input type="checkbox"/> 不放棄其他機構之補助申請案編號,但後續施行療程改 由本次申請之人工生殖機構執行。		
代申請之人工 生殖機構資料	醫事機構代碼	醫事機構名稱		
資格審查結果	<input type="checkbox"/> 不孕夫妻至少一方具我國國籍,受術妻年齡為44歲(含)以下,補助次數符合本方案規定。 <input type="checkbox"/> 不符合本方案補助資格。			
不孕夫妻 應備文件	1. 夫妻身分證證明文件影本(正面及反面)1份(機構依醫療法規定留存) 2. 低收入戶或中低收入戶證明文件正本1份(一般夫妻免附)			

申請人(不孕夫妻)聲明書

本人已瞭解體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術補助方案內容,包括施術效期為申請日起1年以內、補助項目、補助額度、於療程結束6個月內申請補助等規定,保證該方案資格審查申請表所填各項資料及所附文件均為真實,且無重複申請之情事,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。另同意授權後續施術之人工生殖機構查詢本人是否曾向衛生福利部國民健康署指定系統申請本次補助,並同意核撥補助金額與本人申請補助金額相同時,無須通知本人。

身分證統一編號/

外籍統一證號或護照號碼 夫 _____ 妻 _____

申請人(受術夫妻)簽章: 夫 _____



妻 _____



申請日期: 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

備註:不孕夫妻雙方簽具申請人(不孕夫妻)聲明書1式2份,由不孕夫妻留存1聯,特約人工生殖機構留存1聯。