

# 臺中市政府衛生局

## 114 年時來孕轉-幸福臺中凍卵凍精補助計畫

### 一、計畫目的：

為有意願生育之罹癌市民提供支持和協助，減輕市民保存生殖細胞之經費負擔，適時將健康完好的生殖細胞冷凍保存，特訂定本計畫辦理醫療性凍卵/凍精補助。

### 二、計畫期程：

自 114 年 1 月 1 日起至 114 年 12 月 31 日止。

### 三、補助對象資格(均需符合)：

- (一)本人(或配偶)設籍本市 6 個月以上，45 歲(含)以下(民國 69 年次以後)，且預計經化學治療或骨盆腔放射治療後會影響生育功能的罹癌男女。
- (二)需經由專科醫師認定個案因罹癌須治療而可能影響生育功能者，並由醫師開立診斷證明書〔需載明因罹癌需接受化學治療或骨盆腔放射治療等〕。
- (三)當年度取卵療程、凍卵療程及凍精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」等公費補助。
- (四)曾接受本補助者，不在本計畫補助對象內。

### 四、補助項目及金額：

- (一)凍卵療程費用：於本計畫期程內至衛生福利部許可之全國人工生殖機構完成凍卵流程。每案補助新臺幣(以下同)5 萬元，限終身補助 1 次。
- (二)凍精療程費用(含取精及第 1 年保管費)：於本計畫期程內至衛生福利部許可之全國人工生殖機構完成凍精流程。每案補助 8,000 元，限終身補助 1 次。未達 8,000 元者，依實際醫療費用核實支付。

### 五、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全國之人工生殖機構施行凍卵或凍精，療程結束後檢附相關文件，向本局提出申請。

## 六、申請文件：

(一)檢附相關證明文件向本局提出申請表，應備齊下列文件：

1. 臺中市政府衛生局 114 年時來孕轉-幸福臺中凍卵凍精補助計畫之資格審查申請表。(附表 1)
2. 罹癌診斷證明書正本。(附表 2-1)
3. 金融機構帳戶影本 1 份。(附表 2-2)
4. 醫療收據繳費證明(衛生福利部許可之人工生殖機構所開立，需載明凍卵或凍精費用及保管費)(人工生殖機構不限臺中市)。(附表 2-2)
5. 領據。(附表 3)
6. 切結書暨同意書。(附表 4)
7. 戶口名簿或戶籍謄本(或居住事實證明)。

(二)申請者至衛生福利部許可之全國人工生殖機構接受冷凍卵子/冷凍精子療程完成後，檢附相關證明文件向本局提出申請，並依本局審核資格符合及辦理請款手續，符合資格者由本局核撥補助金額予申請人帳戶。

(三)檢附文件應填寫完整，收齊相關文件後，最遲於 114 年 11 月 30 日前，將文件送(寄)達臺中市政府衛生局。於 114 年 12 月 1 日後申請個案，則以 115 年度經費支應。

七、申請人有虛偽不實或重覆申請本項補助款之情事，本局將依法追回已請領之補助費用。如有涉及刑事責任者，依法究辦。

八、本補助申請須知奉核後實施，修正時亦同。

## 臺中市政府衛生局

## 114年時來孕轉-幸福臺中凍卵凍精補助計畫之資格審查申請表(個案申請用)

申請人資料	姓名	身分證統一編號													
		出生日期	民國 年 月 日												
		連絡電話													
戶籍地址	縣市 鄉鎮市區 路(街) 段 巷 弄 號 樓														
現居地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 臺中市 區 路(街) 段 巷 弄 號 樓														

申請人配偶資料	姓名	身分證統一編號													
		出生日期	民國 年 月 日												
		連絡電話													
戶籍地址	縣市 鄉鎮市區 路(街) 段 巷 弄 號 樓														
現居地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 臺中市 區 路(街) 段 巷 弄 號 樓														

申請補助資料	申請人身分證明文件	黏貼身分證影本(正面)							黏貼身分證影本(背面)						
	申請應備文件(確認並勾選)	<input type="checkbox"/> 1.申請表 <input type="checkbox"/> 2.罹癌診斷證明書正本 <input type="checkbox"/> 3.金融機構存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 4.醫療收據繳費證明(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) <input type="checkbox"/> 5.領據 <input type="checkbox"/> 6.切結書暨同意書 <input type="checkbox"/> 7.戶口名簿或戶籍謄本(或居住事實證明)													

	補助 項目 (擇一)	<input type="checkbox"/> 凍卵療程費用補助 <input type="checkbox"/> 凍精療程費用補助
<p>■ 本人已詳讀本表內容，各項資料及所附文件均屬實，並同意貴單位查調相關資料且確認申請人未領有相同性質之其他補助。如有違反上述情形，無條件繳回已受領之補助費用並願負法律責任。</p> <p>中華民國114年____月____日 申請人：_____ (簽名或蓋章)</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，向臺中市政府衛生局提出申請於 114 年 12 月 31 日前請送至臺中市政府衛生局，地址:420206 臺中市豐原區中興路 136 號保健科收，電話：(04)25265394 轉 3356。
2. 於 114 年 11 月 30 日前申請個案，以 114 年度經費支應並於 12 月份撥款；於 114 年 12 月 1 日後申請個案，則以隔(115)年度經費支應。

臺中市政府衛生局  
114年時來孕轉-幸福臺中凍卵凍精補助計畫之資格審查資料

( 罹 癌 診 斷 證 明 影 本 黏 貼 處 )  
( 需 載 明 因 罹 癌 需 接 受 化 學 治 療 或 骨 盆 腔 放 射 治 療 等 )

臺中市政府衛生局  
114年時來孕轉-幸福臺中凍卵凍精補助計畫之資格審查資料

( 金融機構存摺封面影本黏貼處 )

( 醫療收據影本黏貼處 )  
( 收據日期為 114 年度 )

## 領 據

茲收到「臺中市政府衛生局114年時來孕轉-幸福臺中凍卵凍精補助計畫」之款項：

凍卵療程費用補助新臺幣 伍萬 元整。

凍精療程費用補助新臺幣 \_\_\_\_\_ 元整。(請依實際支出費用，超過8,000元請填寫捌仟)

請用國字大寫，零、壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖、拾、佰、仟、萬

此致

臺中市政府衛生局

具領人

姓 名： (請簽名)

身分證字號：

地 址：

匯款金融機構：

銀 行 分 行：

戶 名：

帳 號：

中 華 民 國 1 1 4 年 月 日

備註：

1. 領款人為申請人或申請人配偶。
2. 匯款銀行若非臺灣銀行，匯費10元由領款人負擔。
3. 如有塗改，請於塗改處簽名或蓋章。

## 切結書暨同意書

立切結書人\_\_\_\_\_申請「臺中市政府衛生局 114 年時來孕轉-幸福臺中凍卵凍精補助計畫」之補助費用，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。

切結事項如下：

- 一、本人當年度取卵療程、凍卵療程及凍精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等公費相關補助，且未曾接受本項補助。
- 二、本人已充分了解本計畫補助項目，同意臺中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。
- 三、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。

# 臺中市政府衛生局

## 114 年時來孕轉-幸福臺中凍卵凍精補助計畫

### 市民申請作業流程

