

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	☐ 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	☐ 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)	☐ 1.申請表 ☐ 2.罹癌診斷證明書正本 ☐ 3.金融機構存摺封面影本 ☐ 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) ☐ 5.領據 ☐ 6.切結書暨同意書 ☐ 7.戶口名簿或戶籍謄本(或居住事實證明)	

	補助 項目 (擇一)	☐ 凍卵療程費用補助 ☐ 凍精療程費用補助
■ 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。 中華民國114年____月____日 申請人：_____ (簽名或蓋章)		

※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。