

臺中市政府衛生局

115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 /居留證號/護照號												
			出生日期	民國 年 月 日											
			連絡電話												
	戶籍地址	縣市 鄉鎮市區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓													
現居地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 縣市 鄉鎮市區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓														

申請人配偶資料	姓名		身分證統一編號 /居留證號/護照號												
			出生日期	民國 年 月 日											
			連絡電話												
	戶籍地址	縣市 鄉鎮市區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓													
現居地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 縣市 鄉鎮市區 里 鄰 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/凍精費用明細表) <input type="checkbox"/> 5.領據 <input type="checkbox"/> 6.切結書暨同意書 <input type="checkbox"/> 7.近3個月內戶口名簿或戶籍謄本(或居住事實證明)(記事不可省略)			

臺中市政府衛生局

115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)

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	
------------------	--	--

■ 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115年____月____日 申 請 人：_____ (簽名或蓋章)

法定代理人：_____ (簽名或蓋章)

※若申請人非為《民法》規定之完全行為能力人，應具法定代理人簽名或蓋章，並檢附戶口名簿或戶籍謄本等證明文件。

※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 115 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) 22289111 轉 70259。
2. 於 115 年 11 月 30 日前申請個案，以 115 年度經費支應並於 12 月份撥款；於 115 年 12 月 1 日後申請個案，則以隔(116)年度經費支應。