

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

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 115 年 1 月 1 日起至 115 年 12 月 31 日止。

三、補助對象資格(均需符合)：

- (一)申請人本人(或配偶)設籍本市 6 個月(含)以上。
- (二)申請人本人年齡 45 歲(含)以下(民國 70 年次以後)。
- (三)需經專科醫師認定個案罹癌，預計經化學、放射或賀爾蒙藥物等治療而可能影響生育功能者，並由醫師開立診斷證明書〔需載明因罹癌等治療可能影響生育功能〕，並另提供可證明凍卵/凍精療程於接受癌症治療前之佐證資料。
- (四)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」、「醫療性生育保存補助試辦方案」或其他縣市補助計畫等公費補助。
- (五)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。每案最高補助 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 6 個月內檢附相關文件，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 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。(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明細表)(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. 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)。

(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 115 年 11 月 30 日前，將文件送(寄)達臺中市政府衛生局。於 115 年 12 月 1 日後申請個案，則以 116 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。