附件 6-1

連江縣縣民生育保存補助計畫申請表

申請日期:_____年____月 ___日

（申請人） 姓名		身分證字號		電話	市話:
		出生日期			
		設籍日期			手機:
戶籍地址	連江縣　　鄉(鎮)				
現居地址					
就診醫療院所		收據總金額			
人工生殖技術	□抗穆勒氏管荷爾蒙（AMH）抽血檢驗 □ 凍卵療程 □ 凍卵保存費				
匯款戶名		**已補助金額**	新台幣　　元整		
		本次補助金額	新台幣　　元整		
郵局或銀行名稱		銀行代號:			
局/帳號					
應備文件	**□1.醫師診斷證明正本(載明凍卵療程：卵巢健康檢查、藥劑初次投藥日至取卵日等)。** **□2.醫療收據正本及明細(載明卵巢健康檢查、排卵藥物或取卵手術費用)** **□3.申請人金融機構存摺封面影本** **□4.戶籍謄本** **□5.抗穆勒氏管荷爾蒙（AMH）抽血檢驗補助-切結書暨同意書** **□6.凍卵療程及保存費補助-切結書暨同意書** **□7.切結書、委託切結書及受託人身分證明文件(受託人請檢附)。**				
備註	補助金額：本補助應於凍卵療程結束後 3 個月內檢附相關資料，由申請人或由受託人攜帶相關資料至連江縣衛生局提出申請，每人以申請 1 次為限，以實支金額補助，逾期不予補助，當年補助款請務必當年 12 月 10 日前申請。				

附件 6-2

連江縣縣民生育保存補助計畫
抗穆勒氏管荷爾蒙（AMH）抽血檢驗補助-切結書暨同意書

一、本人＿＿＿＿＿＿＿＿參加連江縣衛生局辦理之生育保存補助計畫，同意遵守該局計畫之規定，如有違反，經查證屬實，所接受之健康檢查項目，將不予補助，願繳還已領受之補助費用。

二、切結事項如下：

1. 本人當年度抗穆勒氏管荷爾蒙（AMH）抽血檢驗無申請衛生福利部「體外受精（俗稱試管嬰兒）人工生殖技術補助方案」且未曾接受本項補助。

2. 本人已充分了解本計畫補助項目，同意接受抗穆勒氏管荷爾蒙（AMH）抽血檢驗服務及補助。

三、本人同意連江縣衛生局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。

四、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。如經查獲有不實，由本人自負法律上一切責任，絕無異議。

立書人：

身分證統一編號：

電話：

電子郵件：

住址：

中華民國　　年　　月　　日

附件 6-3

連江縣縣民生育保存補助計畫

凍卵療程補助及保存費補助-切結書暨同意書

一、本人＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿參加連江縣衛生局辦理之生育保存補助計畫，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。

二、切結事項如下：本人當年度取卵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」且未曾接受本項補助。

三、本人已充分了解本計畫補助項目，同意連江縣衛生局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。

四、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。如經查獲有不實，由本人自負法律上一切責任，絕無異議。

立書人：

身分證統一編號：

電話：

電子郵件：

住址：

中華民國　　年　　月　　日

附件 6-4

116年修正

委 託 書

（申請連江縣縣民生育保存補助計畫適用）

本人＿＿＿＿＿＿女士，因＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（請詳明原因），無法親自申請＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿，故委託＿＿＿＿＿＿

（關係：＿＿＿＿＿＿）代為申請。

委託人：　　【簽章】

身分證號碼：

地址：

連絡電話：

受託人：　　【簽章】

身分證號碼：

地址：

連絡電話：

中 華 民 國　　年　　月　　日

受託人身分證件黏貼處：