

臺北市政府衛生局
「114 年臺北市生育保健補助方案」
助孕生殖【人工生殖(試管嬰兒)加碼】補助申請書

補助 須知	補助 資格	1. 受術不孕配偶雙方任一方設籍在臺北市，符合人工生殖法規得實施人工生殖者，且接受胚胎植入方年齡為 44 歲(含)以下。 2. 每年補助 1 次療程為限。
	項目 額度	人工生殖(試管嬰兒)療程費用，每次療程依實際費用覈實支付，補助 2 萬 5,000 元(經費用罄為止)。
應備文件		請逐項檢視並勾選： <input type="checkbox"/> 領據(紙本申辦才須檢附) <input type="checkbox"/> 申請日前 1 個月內之雙方戶籍謄本或戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 診斷證明書正本(須載明不孕症、受術配偶雙方姓名、人工生殖治療方法、療程起迄日及施術結果) <input type="checkbox"/> 醫療收費明細表正本 <input type="checkbox"/> 存摺封面影本
立申請書人之聲明(請逐項勾選)： <input type="checkbox"/> 我們已詳閱並符合補助資格，且同一年度未有重複申請臺北市補助情形，若經查不符合補助資格，或有可歸責於己之情事，需繳回補助費用，並自負一切法律責任。 <input type="checkbox"/> 我們於受術前已接受院所之衛教諮詢服務，並充分瞭解人工生殖(試管嬰兒)流程及相關風險，仍有意願且已完成本次療程。 <input type="checkbox"/> 我們已詳閱並確認申請資料(包含姓名、身分證字號及銀行帳號等)無誤植，若因資料錯誤導致撥款異常，願自負一切責任。 為維護醫療機構服務及民眾受檢品質，受檢資料將作為衛生局相關研究計畫及推動生育補助相關計畫政策之參考，另為研究政策成效，衛生局將於您申請補助後每年定期由專人或委託專業團體關心後續情形。若您有疑問，請致電 1999(外縣市請撥 2720-8889)轉 7112 洽詢。		
受術者 A(親自簽名)：		受術者 B(接受胚胎植入方)(親自簽名)：
簽署日：中華民國____年____月____日		