

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【醫療性凍卵】補助帳戶轉讓同意書

立同意書人\_\_\_\_\_申請臺北市醫療性凍卵補助，因年齡未滿18歲，該項補助款請匯入其法定代理人(關係)\_\_\_\_\_ (姓名：\_\_\_\_\_，身分證字號：\_\_\_\_\_ ) 帳戶(局號：\_\_\_\_\_ 帳號：\_\_\_\_\_ ) 。

上述若與事實不符，願負一切法律責任，且繳回上述補助款項，特此具結。

此致

臺北市政府衛生局

立同意書人簽章：

立同意書人身分證字號：

法定代理人簽章：

法定代理人身分證字號：

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日