

**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】補助領據**

申請人簽名		申請人 身分證統一編號	
領款事由	<input type="checkbox"/> 醫療性凍卵療程 <input type="checkbox"/> 凍卵保存費		
手機號碼		申請金額	新臺幣__萬__仟__佰__拾__元
電子郵件			
收文地址			
以上款項均已向臺北市政府衛生局如數領訖			
領款人簽名 (若受術者未滿18歲得由法定代理人代領)		領款人 身分證統一編號	
匯款銀行名稱		分行名稱	
戶名		匯款帳號	
以下欄位由衛生局審查資料後填寫			
受理日期	中華民國__年__月__日		審查人員核章
審查結果	<input type="checkbox"/> 符合資格，撥付新臺幣__萬__仟__佰__拾__元 <input type="checkbox"/> 不符合資格或資料不全，不予撥付		

※領款帳戶除申請人未滿18歲，得由法定代理人代領，其餘以申請人本人帳戶為限

存摺封面影本黏貼處(請勿浮貼避免脫落)