

臺北市政府衛生局

「臺北市優化生育補助方案」補助申請表

申請表編號：

申請人 基本資料	姓名											性別	<input type="checkbox"/> 生理男性 <input type="checkbox"/> 生理女性				
	身分證字號											出生日期	民國	年	月	日	
	戶籍地	縣(市) 區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓															
	通訊處	<input type="checkbox"/> 同戶籍地															
		縣(市) 區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓															
檢查資料	醫療院所 名稱	(須為本市生育補助之婚後孕前健康檢查特約院所)										檢查 日期	民國	年	月	日	
	檢查項目 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 生理男性：尿液檢查、血液常規(含海洋性貧血篩檢)、梅毒篩檢、愛滋病篩檢、精液分析檢查 <input type="checkbox"/> 生理女性：尿液檢查、血液常規(含海洋性貧血篩檢)、梅毒篩檢、愛滋病篩檢、德國麻疹抗體檢查、水痘抗體檢查、甲狀腺刺激素檢查及披衣菌抗體檢查 <input type="checkbox"/> 加選「抗穆勒氏管荷爾蒙」(AMH)															
委託人 基本資料 (由本人提交則免填)	姓名											與申請人 關係	電話		日：		
	身分證 字號											戶籍地址	縣(市)	區	里	鄰	路 (街) 段 巷 弄 號 樓
應備文件	自我檢查(1~5項為必要文件，已附者請打勾)																
	<input type="checkbox"/> 1. 補助申請表正本1份 <input type="checkbox"/> 2. 領款收據1份(由申請人簽章) <input type="checkbox"/> 3. 申請人之金融機構存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 4. 已婚證明文件(如身分證或詳細記事戶口名簿影本) <input type="checkbox"/> 5. 本市生育補助之婚後孕前健康檢查特約醫療院所之「就醫收據正本」及「檢查報告影本」 <input type="checkbox"/> 6. 委託書																
申請人 切結聲明	<p>本人已閱讀並了解本申請表各項內容，保證上述所填各項資料及所附文件均為真實，並知悉提供不實資料及違反相關法令之後果，若有可歸責於己之事由，除繳回所領金額外並自負一切法律責任。</p> <p>本申請之補助款項若經衛生局審核通過並核撥至本人帳戶內，日後若有任何具領爭議，本人願負法律上完全責任。</p> <p style="text-align: right;">本人/委託人 簽名：_____</p> <p style="text-align: right;">申請日期： 年 月 日</p>																
委託書	<p>委託書：若委託他人申請者，應簽署本欄辦理。</p> <p>本人因故無法親自申請「臺北市優化生育補助方案」補助，特具委託書為憑，惠請准予辦理。</p> <p>此致 臺北市政府衛生局</p> <p>申請人：_____ (簽名或蓋章) 受託人：_____ (簽名或蓋章)</p> <p style="text-align: right;">受託人身分證統號：_____</p> <p style="text-align: right;">受託人聯絡手機：_____</p>																
<p>※注意事項：</p> <p>1、未於「臺北市優化生育補助方案」特約醫療機構檢查者，不予補助。</p> <p>2、生育補助方案補助費用申請應於檢查日發生後1年(含)內辦理，超過1年者恕不受理。</p> <p>3、若檢查項目金額低於補助費用則依實際金額補助。</p>																	