

澎湖縣「澎湖行凍助好孕補助計畫」申請表

申請日期： 年 月 日

申請人姓名		出生日期		聯絡電話	住家：行動：
身分證字號		婚姻狀況	☐ 已婚 ☐ 未婚	申請人蓋章	
戶籍地址	澎湖縣 市（鄉） 里（村） 路（街） 巷 弄 號 樓				
就診醫療院所					

檢附之相關證明文件均屬實，倘有隱瞞或不實，本人願負法律責任。

申請人簽名：

申請人蓋章：

凍卵補助金額及領據

領款人戶名		領款人蓋章	
郵局或銀行名稱	銀行代號：	局/帳號	

補助金額

申請補助金額：新臺幣

元整

應備文件

- ☐1. 本申請表。
- ☐2. 身分證正反面影本及戶籍謄本(含詳細記事)。
- ☐3. 人工生殖機構診斷書正本(須載明凍卵相關療程:卵巢健康檢查、藥劑初次投藥日至取卵日等)
- ☐4. 醫療收據正本及明細(須載明卵巢健康檢查、排卵藥物或取卵手術費用)。
- ☐5. 申請人金融機構存摺封面影本及印章。(註:匯入中華郵政存簿免收手續費，匯其他行庫收取跨行轉帳手續費)。
- ☐6. 匯款業務委託書及受託人身分證明文件(受託人請檢附)。

備註

- 備註：
- 領款人戶名請填寫申請人姓名，如金融機構存摺非申請人姓名，請另填具匯款委託書。
 - 補助金額欄位請填寫補助金額（依本局補助標準為上限，依實核支），補助項目包含 AMH 檢驗費：最高 1,000 元、凍卵保存管理費：每年最高 2,000 元、凍卵療程費：終身補助 1 次，最高 5 萬元。
 - 如有塗改，請於塗改處簽名或蓋章。
 - 溫馨提醒：請再次確認申請表填寫完整性，以免影響自身權益。