

# 113 年度雲林縣好孕上場-助妳好孕補助計畫

## 壹、人工生殖(試管嬰兒)補助

### 一、補助對象：

設籍雲林縣 6 個月以上已婚女性或先生設籍於本縣尚未取得中華民國身分證之外國籍配偶。

### 二、補助內容：

每對不孕夫妻補助排卵藥物及胚胎植入費用，一年 1 次，加碼補助金額最高上限新臺幣 3 萬元整。

### 三、補助方式：

符合補助資格者，逕赴衛生福利部評核通過效期內之人工生殖機構施行人工生殖技術，療程結束後檢附相關文件，向雲林縣衛生局提出申請。

### 四、申請流程：

人工生殖療程結束後檢附相關證件如下(一)-(七)項由申請人或由受託人攜帶相關資料至雲林縣衛生局提出申請，每人 1 年以申請 1 次為限。

(一)人工生殖技術費用補助申請表(附件 1-1)。

(二)人工生殖機構診斷書正本。【載明人工生殖治療方法、診療期間起迄(自藥劑初次投藥日至懷孕檢查日)、每次取卵日、植入日等】

(三)醫療收據正本及明細(需載明排卵藥物或胚胎植入費用)。

(四)夫妻全戶戶籍謄本或戶口名簿影本(外籍配偶請另檢附居留證影本)。

(五)人工生殖技術審核補助金額及領據(附件 1-2)。

(六)申請人金融機構存摺封面影本及印章。

(七)切結書(附件 4)、委託切結書及受託人身分證明文件(受託人請檢附)。

(八)國民健康署人工生殖補助項目費用表。

## 貳、凍卵補助

### 一、補助對象：

設籍雲林縣 6 個月以上 25 歲至 40 歲(含)的未婚女性。

### 二、補助內容：

每位女性補助卵巢健康檢查(AMH)、排卵藥物及取卵手術費用，每人 1 次，補助金額最高上限新臺幣 3 萬元整。

### 三、補助方式：

符合補助資格者，逕赴衛生福利部評核通過效期內之人工生殖機構施行凍卵療程，療程結束後檢附相關文件，向雲林縣衛生局提出申請。

#### 四、申請流程：

凍卵療程結束後檢附相關證件如下(一)-(七)項由申請人或由受託人攜帶相關資料至雲林縣衛生局提出申請，每人以申請 1 次為限。

- (一)凍卵技術費用補助申請表(附件 2-1)。
- (二)人工生殖機構診斷書正本。(載明凍卵療程：卵巢健康檢查、藥劑初次投藥日至取卵日等)
- (三)醫療收據正本及明細(需載明卵巢健康檢查、排卵藥物或取卵手術費用)。
- (四)身分證或戶口名簿影本。
- (五)凍卵技術審核補助金額及領據(附件 2-2)。
- (六)申請人金融機構存摺封面影本及印章。
- (七)切結書(附件 4)、委託切結書及受託人身分證明文件(受託人請檢附)。

#### 參、第一孕期母血唐氏症篩檢

##### 一、補助資格：

設籍雲林縣 6 個月以上懷孕女性或先生設籍於本縣尚未取得中華民國身分證之外籍配偶。

##### 二、補助對象：

年滿 31 歲至未滿 34 歲者。

##### 三、補助內容：

- (一)超音波檢查胎兒頸部透明帶。
- (二)檢測母血妊娠相關血漿蛋白-A (PAPPA)及母血游離型乙型人類絨毛性腺激素 (Free  $\beta$ -hCG)。
- (三)每案最高補助新臺幣 2,200 元，雙胞胎以上每多一胎增加補助新臺幣 600 元。

##### 四、補助方式：

- (一)符合資格孕婦持身分證明文件(身分證、健保卡)至本縣婦產科醫療院所接受檢查，即可享有檢查費用補助，由醫療院所向本局請領費用，民眾無須額外進行補助費用申請。
- (二)於外縣市施行檢查者，由申請人自行或由受託人攜帶相關資料(如下 1-6 項)至本局申請。
  1. 好孕上場-助妳好孕檢查報告紀錄單 2 張(附件 3-1)。
  2. 雲林縣衛生局「好孕上場-助妳好孕補助計畫」資料黏貼聯(附件 3-2)。
  3. 第一孕期母血唐氏症篩檢審核補助金額及領據(附件 3-3)。

4. 醫療收據正本及明細(需載明檢查名稱及費用)。
5. 申請人金融機構存摺封面影本及印章。
6. 切結書(附件 4)、委託切結書及受託人身分證明文件(受託人請檢附)。

#### 肆、孕期羊膜穿刺檢查

##### 一、補助資格：

設籍雲林縣 6 個月以上懷孕女性或先生設籍於本縣尚未取得中華民國身分證之外籍配偶。

##### 二、補助對象：

- (一)34 歲以上孕婦。
- (二)本人或配偶或家族有罹患遺傳性疾病。
- (三)曾生育過異常兒。
- (四)孕婦血清篩檢疑似染色體異常(危險機率大於 1/270)。
- (五)超音波篩檢胎兒可能有異常。
- (六)疑似基因疾病。

##### 三、補助內容：

提供孕期婦女進行羊膜穿刺檢查補助，每案補助最高新臺幣 5,000 元整。

##### 四、補助方式：

- (一)符合資格孕婦持身分證明文件(身分證、健保卡)至本縣婦產科醫療院所接受檢查，即可享有檢查費用補助，由醫療院所向本局請領費用，民眾無須額外進行補助費用申請。
- (二)於外縣市施行檢查者，由申請人自行或由受託人攜帶相關資料(如下 1-6 項)至本局申請。
  1. 好孕上場-助妳好孕檢查報告紀錄單 2 張(附件 3-1)。
  2. 雲林縣衛生局「好孕上場-助妳好孕補助計畫」資料黏貼聯(附件 3-2)。
  3. 羊膜穿刺檢查審核補助金額及領據(附件 3-4)。
  4. 醫療收據正本及明細(需載明檢查名稱及費用)。
  5. 申請人金融機構存摺封面影本及印章。
  6. 切結書(附件 4)、委託切結書及受託人身分證明文件(受託人請檢附)。

#### 伍、婚後孕前健康檢查

##### 一、補助資格：

設籍雲林縣(限低收入戶)。

##### 二、補助對象：

已婚尚未生育第一胎之民眾。

### 三、補助內容：

- (一) 男性: 血液常規、尿液檢查、愛滋病篩檢、梅毒篩檢、精液分析檢查等。
- (二) 女性: 血液常規、尿液檢查、愛滋病篩檢、梅毒篩檢、水痘抗體、德國麻疹抗體、甲狀腺刺激素等檢查。
- (三) 男性補助新臺幣 750 元整、女性補助新臺幣 2,050 元整，每人申請 1 次為限。

### 四、補助方式：

符合補助資格者，申請前先洽詢申請單位，於健康檢查結束後檢附相關證件如下

- (一)-(七)項由申請人向本局提出申請，每人申請 1 次為限。
- (一) 全戶戶籍謄本或戶口名簿影本(外籍配偶請另檢附居留證影本)。
- (二) 低收入戶證明。
- (三) 婚後孕前健康檢查紀錄單 2 張(附件 6)。
- (四) 婚後孕前健康檢查報告正本。
- (五) 醫療收據正本(需載明檢查項目及費用)。
- (六) 婚後孕前健康檢查審核補助金額及領據(附件 6-1)。
- (七) 申請人金融機構存摺封面影本及印章。

### 陸、受理申請時間

上班時間週一至週五 08:30-12:00、13:30-17:00

### 柒、連絡電話

經費申請請洽本局保健科許小姐，電話：05-7001303。

### 捌、本計畫補助經費來源: 台塑企業麥寮汽電公司促協金捐贈。

### 玖、附件

## 雲林縣接受人工生殖技術費用補助申請表

申請日期： 年 月 日

姓名		出生日期		聯絡電話	(公司) (住家) (行動)
身分證字號/居留證字號		國別	<input type="checkbox"/> 1 本國 <input type="checkbox"/> 2 大陸 <input type="checkbox"/> 3 外籍 ( )	職業別	<input type="checkbox"/> 1 軍公教 <input type="checkbox"/> 2 農 <input type="checkbox"/> 3 工 <input type="checkbox"/> 4 商 <input type="checkbox"/> 5 服務業 <input type="checkbox"/> 6 家管 <input type="checkbox"/> 7 其他( )
教育程度	<input type="checkbox"/> 1 國中及以下 <input type="checkbox"/> 2 高中 <input type="checkbox"/> 3 大(專)學 <input type="checkbox"/> 4 研究所以上 <input type="checkbox"/> 5 其他			身分別	<input type="checkbox"/> 0 一般戶 <input type="checkbox"/> 1 低收入戶 <input type="checkbox"/> 2 原住民 <input type="checkbox"/> 3 新住民 <input type="checkbox"/> 4 身心障礙 (障別： 程度： )
戶籍地址					
現居地址					
配偶(夫)		出生日期		聯絡電話	(公司) (住家) (行動)
身分證字號		結婚日期		職業別	<input type="checkbox"/> 1 軍公教 <input type="checkbox"/> 2 農 <input type="checkbox"/> 3 工 <input type="checkbox"/> 4 商 <input type="checkbox"/> 5 服務業 <input type="checkbox"/> 6 家管 <input type="checkbox"/> 7 其他( )
教育程度	<input type="checkbox"/> 1 國中及以下 <input type="checkbox"/> 2 高中 <input type="checkbox"/> 3 大(專)學 <input type="checkbox"/> 4 研究所以上 <input type="checkbox"/> 5 其他			身分別	<input type="checkbox"/> 0 一般戶 <input type="checkbox"/> 1 低收入戶 <input type="checkbox"/> 2 原住民 <input type="checkbox"/> 3 新住民 <input type="checkbox"/> 4 身心障礙 (障別： 程度： )
就診醫療院所					
驗孕結果	<input type="checkbox"/> 未懷孕， <input type="checkbox"/> 懷孕中( <input type="checkbox"/> 單胎 <input type="checkbox"/> 雙胞胎，預產期: / / )， <input type="checkbox"/> 尚未確定				
E-mail			匯款戶名		
簽章			郵局或銀行名稱		
			局/帳號		
應備文件	<input type="checkbox"/> 1. 診斷書正本(註明人工生殖治療方法、每次療程之診療期間起迄(自初次投藥日至驗孕檢查日)、每次取卵日、每次植入日等)。 <input type="checkbox"/> 2. 醫療收據正本(需載明排卵藥物或胚胎植入費用)。 <input type="checkbox"/> 3. 夫妻全戶戶籍謄本或戶口名簿影本。(新住民另需檢附居留證影本) <input type="checkbox"/> 4. 本申請表。 <input type="checkbox"/> 5. 人工生殖技術審核補助金額及領據。 <input type="checkbox"/> 6. 申請人金融機構存摺封面影本及私章。 <input type="checkbox"/> 7. 切結書(本人)、委託切結書及受託人身分證明文件(受託人請檢附)。				
備註	補助金額：每人補助排卵藥物及胚胎植入費用，一年 1 次，加碼補助金額最高上限新臺幣 3 萬元整。本補助應於人工生殖療程結束後檢附相關資料，由申請人向雲林縣衛生局提出申請，經審核後撥款。 (補充說明:因應衛生福利部國民健康署 110 年 7 月 1 日人工生殖技術補助方案，本補助僅適用於治療費用超出國民健康署補助範圍者，才可以加碼申請補助費用。)				



## 雲林縣接受凍卵技術費用補助申請表

申請日期： 年 月 日

姓名		出生日期		聯絡電話	(公司) (住家) (行動)
身分證字號/居留證字號		國別	<input type="checkbox"/> 1 本國 <input type="checkbox"/> 2 大陸 <input type="checkbox"/> 3 外籍 ( )	職業別	<input type="checkbox"/> 1 軍公教 <input type="checkbox"/> 2 農 <input type="checkbox"/> 3 工 <input type="checkbox"/> 4 商 <input type="checkbox"/> 5 服務業 <input type="checkbox"/> 6 家管 <input type="checkbox"/> 7 其他( )
教育程度	<input type="checkbox"/> 1 國中及以下 <input type="checkbox"/> 2 高中 <input type="checkbox"/> 3 大(專)學 <input type="checkbox"/> 4 研究所以上 <input type="checkbox"/> 5 其他			身分別	<input type="checkbox"/> 0 一般戶 <input type="checkbox"/> 1 低收入戶 <input type="checkbox"/> 2 原住民 <input type="checkbox"/> 3 新住民 <input type="checkbox"/> 4 身心障礙 (障別： 程度： )
戶籍地址					
現居地址					
就診醫療院所					
E-mail		匯款戶名			
簽章		郵局或銀行名稱			
		局/帳號			
應備文件	<input type="checkbox"/> 1. 診斷書正本(載明凍卵療程：卵巢健康檢查、藥劑初次投藥日至取卵日等)。 <input type="checkbox"/> 2. 醫療收據正本及明細(需載明卵巢健康檢查、排卵藥物或取卵手術費用)。 <input type="checkbox"/> 3. 身分證或戶口名簿影本。 <input type="checkbox"/> 4. 凍卵技術費用補助申請表。 <input type="checkbox"/> 5. 凍卵技術審核補助金額及領據。 <input type="checkbox"/> 6. 申請人金融機構存摺封面影本及印章。 <input type="checkbox"/> 7. 切結書(本人)、委託切結書及受託人身分證明文件(受託人請檢附)。				
備註	本補助應於凍卵療程結束後檢附相關資料，由申請人或受託人攜帶相關資料至雲林縣衛生局提出申請，每人以申請 1 次為限。				



(單位全銜) 好孕上場-助妳好孕檢查報告紀錄單

粗框部分請申請人自行填寫

檢查日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

姓名		出生日期		聯絡電話	(公司) (住家) (行動)
身分證字號/居留證字號		國別	<input type="checkbox"/> 1 本國 <input type="checkbox"/> 2 大陸 <input type="checkbox"/> 3 外籍 ( )	職業別	<input type="checkbox"/> 1 軍公教 <input type="checkbox"/> 2 農 <input type="checkbox"/> 3 工 <input type="checkbox"/> 4 商 <input type="checkbox"/> 5 服務業 <input type="checkbox"/> 6 家管 <input type="checkbox"/> 7 其他( )
教育程度	<input type="checkbox"/> 1 國中及以下 <input type="checkbox"/> 2 高中 <input type="checkbox"/> 3 大(專)學 <input type="checkbox"/> 4 研究所以上 <input type="checkbox"/> 5 其他			身分別	<input type="checkbox"/> 0 一般戶 <input type="checkbox"/> 1 低收入戶 <input type="checkbox"/> 2 原住民 <input type="checkbox"/> 3 新住民 <input type="checkbox"/> 4 身心障礙 (障別： 程度： )
戶籍地址					
現居地址					
配偶		出生日期		聯絡電話	(公司) (住家) (行動)
身分證字號		結婚日期		職業別	<input type="checkbox"/> 1 軍公教 <input type="checkbox"/> 2 農 <input type="checkbox"/> 3 工 <input type="checkbox"/> 4 商 <input type="checkbox"/> 5 服務業 <input type="checkbox"/> 6 家管 <input type="checkbox"/> 7 其他( )
教育程度	<input type="checkbox"/> 1 國中及以下 <input type="checkbox"/> 2 高中 <input type="checkbox"/> 3 大(專)學 <input type="checkbox"/> 4 研究所以上 <input type="checkbox"/> 5 其他			身分別	<input type="checkbox"/> 0 一般戶 <input type="checkbox"/> 1 低收入戶 <input type="checkbox"/> 2 原住民 <input type="checkbox"/> 3 新住民 <input type="checkbox"/> 4 身心障礙 (障別： 程度： )
產科史	懷孕次數(包括此次)： 自然流產數： 人工流產數： 死產數：				
	新生兒異常數： 病名：				
	最後一次月經日期： 年 月 日，月經週期： 天，規則： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 懷孕週數： 週(超音波)				
檢查結果	母血唐氏症篩檢： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常			羊膜穿刺檢查： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	
醫師建議	醫師意見與建議： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (項目 ) 異常結果建議處置： <input type="checkbox"/> 進一步檢查 <input type="checkbox"/> 在本院接受檢查或治療 <input type="checkbox"/> 轉介其他醫院 (轉介至 醫院 科) <input type="checkbox"/> 其他 醫師簽章：				
備註	本聯 1 式 2 聯，第 1 聯每月 10 日前連同領據、補助款申領清單(含電子檔)一併送雲林縣衛生局保健科，第 2 聯由醫療院所自存。				

雲林縣衛生局「好孕上場-助妳好孕補助計畫」資料黏貼聯

申請項目：

第一孕期母血唐氏症篩檢

羊膜穿刺檢查

身分證件資料黏貼處

---

身分證件資料黏貼處

---

核與正本相符







# 切 結 書

(申請雲林縣好孕上場-助妳好孕補助計畫適用)

本人\_\_\_\_\_女士，知悉提供不實資料及違反相關法令之後果，及未有溢領補助之情事，若有提供資料不實，且可歸責於己之事由，除繳回所領金額並自負一切法律責任。

本補助款若經本縣衛生局審核通過並核撥至申請人提供之帳戶內，日後若有具領爭議，本人願負法律上完全責任。

※以上所言確實屬實，如有虛報或重複請領者，本人願無條件繳回溢領款項。

特立此據

申請人：

【簽章】



身分證號碼：

聯絡電話：

地址：

中 華 民 國            年            月            日

# 委 託 書

(申請雲林縣好孕上場-助妳好孕補助計畫適用)

本人\_\_\_\_\_女士，因\_\_\_\_\_

(請詳明原因)，無法親自申請\_\_\_\_\_，故委託\_\_\_\_\_

(關係：\_\_\_\_\_ ) 代為申請。

委託人：

【簽章】

身分證號碼：

地址：

連絡電話：

受託人：

【簽章】

身分證號碼：

地址：

連絡電話：

中 華 民 國                      年                      月                      日

-----  
受託人身分證件黏貼處：

(單位全銜)婚後孕前健康檢查紀錄單

一、基本資料(由受檢者填寫)

檢查日期： 年 月 日

受檢者姓名	出生日期	結婚日期	國籍別	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 大陸 <input type="checkbox"/> 外籍 ( )	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號/居留證號	聯絡電話	(住家)	(公司)
教育程度	<input type="checkbox"/> 國中及以下 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大(專)學 <input type="checkbox"/> 研究所 <input type="checkbox"/> 博士 <input type="checkbox"/> 其它_____		身分別	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 新住民 <input type="checkbox"/> 身心障礙(障別: 程度: )	
戶籍地			職業別	<input type="checkbox"/> 軍公教 <input type="checkbox"/> 工 <input type="checkbox"/> 農 <input type="checkbox"/> 商 <input type="checkbox"/> 金融 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 家管 <input type="checkbox"/> 其它_____	
現居地				—	
配偶姓名	出生日期	身分證字號	聯絡電話	(住家)	(公司)

二、健康史

服藥習慣	是否長期服用藥物? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (藥物名稱: _____)	疾病史	是否曾經有開刀、住院或輸血的情形? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 罹患其他重大疾病? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
過敏史	是否對藥物、食物或其他物品過敏? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (過敏原: _____)	吸菸史	<input type="checkbox"/> 從未吸菸 <input type="checkbox"/> 目前已戒菸 <input type="checkbox"/> 自 _____ 歲開始抽菸, 平均一天 _____ 支
飲酒史	<input type="checkbox"/> 從不喝酒 <input type="checkbox"/> 偶爾喝酒 <input type="checkbox"/> 自 _____ 歲開始喝酒, 最常喝哪一種酒? _____ ; 量多少? _____		
月經史 (男性免填)	初經年齡: _____ 歲 最近一次月經日期: _____ 月 _____ 日; 期間: _____ 天 出血量: <input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 適中 週期約 _____ 天 規則性: <input type="checkbox"/> 規則 <input type="checkbox"/> 不規則 經痛: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不一定 陰道分泌物: <input type="checkbox"/> 白色 <input type="checkbox"/> 黃色 <input type="checkbox"/> 綠色 <input type="checkbox"/> 透明 ; <input type="checkbox"/> 量多 <input type="checkbox"/> 量少 <input type="checkbox"/> 普通 ; <input type="checkbox"/> 無惡臭味 <input type="checkbox"/> 有惡臭味		

三、一般檢查

身高	cm	體重	kg	血壓	mmHg	脈搏	次/分
理想體重	Kg [計算方式: 身高(公尺) <sup>2</sup> x 22]		BMI	[計算方式: 體重(kg)/身高(公尺) <sup>2</sup> ]			

四、家族史

家族病史	家族中有無先天性疾病案例: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (疾病名稱: _____)	家族中有無慣性流產案例: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	家族中有無一歲內死亡案例: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	家族中有無生長發育異常案例, 如生長遲緩、侏儒: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	家族中有無智能不足案例: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	家族中有無地中海型貧血案例: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	家族中有無精神異常案例: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	※ 有地中海型貧血家族病史者請詳述: _____

五、檢查結果

尿液常規	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ( <input type="checkbox"/> 尿蛋白 <input type="checkbox"/> 尿糖 <input type="checkbox"/> 潛血 <input type="checkbox"/> 紅血球 <input type="checkbox"/> 白血球 <input type="checkbox"/> 上皮細胞 <input type="checkbox"/> 細菌 )				
血液常規	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ( <input type="checkbox"/> Hb <input type="checkbox"/> Hct <input type="checkbox"/> platelet <input type="checkbox"/> WBC <input type="checkbox"/> RBC <input type="checkbox"/> MCV <input type="checkbox"/> MCH <input type="checkbox"/> MCHC )				
VDRL	Anti HIV	TSH	水痘抗體	德國麻疹	
<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	
精液分析	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ( <input type="checkbox"/> 量過少 <input type="checkbox"/> 精蟲數過少 <input type="checkbox"/> 活動力不良 <input type="checkbox"/> 型態不良 <input type="checkbox"/> 白血球異常 <input type="checkbox"/> 液化不全 <input type="checkbox"/> PH 值異常 )				
自費加驗項目	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (項目: _____ <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常)				
異常結果建議與處置: <input type="checkbox"/> 在本院接受檢查或治療 <input type="checkbox"/> 轉介至其他醫院 (轉介至 _____ 醫院 _____ 科) <input type="checkbox"/> 其他					
醫師建議與意見:					
醫師簽章:					

本表 1 式 2 份, 第 1 份由檢查者留存, 第 2 份由醫療單位留存。

