臺南市115年度助您好孕補助計畫

壹、背景說明

近年受晚婚、晚育及生活壓力等因素影響，國人生育年齡持續上升。113 年男性、女性平均初婚年齡分別為 33.1 與 31.1 歲，婦女第一胎平均生育年齡亦延後至 32.44 歲；生母年齡集中於 30－34 歲（35.79%）、35－39 歲（24.75%），遲育趨勢明顯，也使不孕與生育困難問題日趨普遍。

同時，癌症亦對育齡女性造成衝擊。113 年癌症死亡人數達 5 萬 4,032 人，25－44 歲女性罹癌者約 2 萬 2,600 人。罹癌婦女常需在治療前迅速做出生育規劃決定，因此生殖細胞保存成為維持生育能力的重要選項，惟相關醫療費用對個案造成相當負擔。

另從人口健康面觀察，近年本市嬰兒死亡率上升，主要與「遺傳、基因或染色體異常」「早產」「周產期感染」等因素相關，顯示婚後孕前健康檢查的重要性。然而，目前中央補助僅限孕期高風險孕婦，對婚後孕前族群之支持仍有所不足。

為減輕育齡族群的經濟壓力並強化生育健康支持，本市於114 年度規劃「**醫療性生育保存補助**」及「**婚後孕前健康檢查補助**」，截至114年11月止，共核准8案醫療性生育保存補助(凍精3案，凍卵5案)，核准補助17案婚後孕前健康檢查，初步成果顯示民眾需求確實存在。

為進一步提升民眾申請意願，本市亦強化孕前檢查項目，特別將抗穆勒氏管荷爾蒙（AMH）納入加選補助項目。AMH 是評估卵巢庫存量的重要指標，能協助女性掌握生育時機並安排後續醫療，且其數值於 30 歲後逐年下降，越早檢測越具參考價值。期盼透過本計畫完善孕前與生育力支持體系，使有意願孕育下一代的家庭能在充分準備下安心迎接新生命，亦為改善少子化盡一份心力。

貳、計畫目的

一、對有意願生育之罹癌市民提供支持和協助，減輕施行凍卵/凍精經濟負擔，訂定本計畫辦理醫療性凍卵/凍精補助。

二、減輕已婚夫妻接受孕前健康檢查的沉重負擔，協助已婚夫妻順利孕育下一代。

參、計畫期程

核准後自115年1月1日起至115年11月15日止或經費用罄為止。

肆、實施方法

一、補助對象資格(均需符合)：

(一)醫療性生育保存補助

1.針對本人(或配偶)**設籍本市6個月以上，且持續在籍**。

2.40歲(民國75年次)以下本市市民。

3.需經由專科醫師認定個案因罹癌須治療而影響生育功能者，並由醫師開立診斷證明書。

4.符合補助對象，且已接受凍卵/凍精療程。

(二)婚後孕前健康檢查補助

1.夫妻至少一方設籍臺南市。

2.雙方為合法婚姻關係。

3.未曾生育第一胎之夫妻。

4.需配偶**雙方同時提出申請**，每人每次婚姻限接受一次補助。

二、補助項目和額度:

(一) 醫療性生育保存補助

1.**凍卵補助**：於**114年11月1日至115年11月15日**間至衛生福利部許可之全國人工生殖機構完成凍卵流程。每人補助2萬元，限終身補助1次。未達2萬元者，依實際醫療費用核實支付，依先後核准順序補助50案，經費用罄為止。：

2.**凍精補助**：於**114年11月1日至115年11月15日**間至衛生福利部許可之全國人工生殖機構完成凍精流程，每人補助3,000元，限終身補助1次。未達3,000者，依實際醫療費用核實支付，經費用罄為止。

3.**其他補助規定**：

為減輕罹患癌症者進行生育保存療程之經濟負擔，申請人如已向衛生福利部國民健康署申請並獲「醫療性生育保存補助試辦方案」補助者，其申請本市衛生局凍卵/凍精補助時，補助金額以「實際凍精/卵醫療支出金額扣除國民健康署補助金額後之差額」為限；惟本市補助額度上限仍分別以凍卵新臺幣2萬元、凍精新臺幣3,000元為原則辦理。

（二）婚後孕前健康檢查補助

1.符合資格者，每人每次婚姻可申請1次孕前健康檢查費用補助。

2.於**114年12月1日至115年11月15日**間至本市設有家醫科或婦產科之醫療機構掛號受檢，每案女性最高核給新臺幣2,000元整、男性最高核給新臺幣500元整。

3.補助項目：

女性	血液常規、尿液常規、梅毒篩檢、愛滋病篩檢、德國麻疹抗體**【五項檢查缺一不可】**	1,000元/案
	抗穆勒氏管荷爾蒙檢查(AMH)【加選項目】	補助上限1,000元【採實支實付】
男性	血液常規、尿液常規、梅毒篩檢、愛滋病篩檢、精液分析**【五項檢查缺一不可】**	500元/案

4.本補助僅針對前述檢查項目，掛號費及診察費需自付。

三、申請方式及流程:

（一）醫療性生育保存補助

1.符合補助資格者，逕赴衛生福利部評核通過效期內全國之人工生殖機構(附件一)施行凍卵/凍精，療程結束後檢附相關文件，向**臺南市政府衛生局**提出申請。

2.檢附下列相關證明文件向本府衛生局提出申請

(1)臺南115年度助您好孕-**生育力保存**之資格審查申請表（附表一）

(2)金融機構帳戶**影本**1份（附表二）

(3)醫院開立之費用收據及收費明細**正本或副本**各1份**【須載明凍卵(精)費用】**（附表二）

(4)罹癌診斷證明書**正本**1份**【須載明因罹癌須治療而影響生育功能】**

(5)完成凍經/卵療程診斷證明書**正本**1份**【須載明受術者姓名、冷凍精/卵子、療程起訖日及療程結果】**

(6)領據(附表三)

(7)切結書暨同意書（附表四）

(8)戶籍謄本影本或新式戶口名簿**影本【記事不省略】**（申請日前1個月內）

3.檢附文件應填寫完整，收齊相關文件後，最遲於115年12月7日前，將文件送(寄)達臺南市政府衛生局，地址：730台南市新營區東興路163號國民健康科收)，逾期不予補助。

(二)婚後孕前健康檢查補助

1.符合補助資格者，至本市設有家醫科或婦產科之醫療機構掛號受檢後，檢附相關文件，向臺南市政府衛生局提出申請。

2.檢附下列相關證明文件向本府衛生局提出申請

(1)臺南市婚後孕前健康檢查補助之資格審查申請表(附表五)

(2)金融機構帳戶**影本**1份(附表六)

(3)婚後孕前健康檢查雙方「**醫療收據正本**」(附表六)

(4)婚後孕前健康檢查雙方「**檢查報告影本**」

(5)領據(附表七)

(6)**配偶雙方**戶籍謄本影本或新式戶口名簿影本**【記事不省略】**。(外籍配偶尚未擁有戶籍謄本等證明時，請檢附**依親證明**)。

3.檢附文件應填寫完整，收齊相關文件後，最遲於115年12月7日前，將文件送(寄)達臺南市政府衛生局，地址：730台南市新營區東興路163號國民健康科收)，逾期不予補助。**以上經費准予依實際需求相互勻支**

附表一

臺南市115年度助您好孕-醫療性生育保存補助之資格審查申請表
（個案申請用）

<table>
<tr><td rowspan="6">申請人基本資料</td><td colspan="2">姓名</td><td>身分證統一編號</td><td>出生日期</td><td>電話及 Email</td></tr>
<tr><td>本人</td><td></td><td></td><td>年　月　日</td><td>住宅電話:
手機號碼:
Email:
設籍臺南市日期:</td></tr>
<tr><td>配偶</td><td></td><td></td><td>年　月　日</td><td>住宅電話:
手機號碼:
Email:
設籍臺南市日期:</td></tr>
<tr><td>戶籍地</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>現居地</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="5">＃申請人之身分證正反面影本(如本人未設籍本市，請另提供配偶之身分證正反面影本)</td></tr>
<tr><td colspan="3">黏貼身分證影本(正面)</td><td colspan="2">黏貼身分證影本(背面)</td></tr>
<tr><td>應備文件
(確認勾選)</td><td colspan="2">□1. 資格審查申請表1份
□2. 金融機構帳戶影本1份
□3. 醫院開立之費用收據及收費明細正本或副本各1份【須載明凍卵(精)費用】
□4. 罹癌診斷證明書正本1份</td><td colspan="3">□5. 完成凍經/卵療程診斷證明書正本1份【須載明受術者姓名、冷凍精/卵子、療程起訖日及療程結果】
□6. 領據1 份
□7. 切結書暨同意書1 份
□8. 戶籍謄本影本或新式戶口名簿影本【記事不省略】1 份</td></tr>
<tr><td>補助項目</td><td colspan="5">□凍卵:凍卵日期____年____月____日至____年____月____日【請註明療程起訖日】
□凍精:凍精日期____年____月____日至____年____月____日【請註明療程起訖日】</td></tr>
<tr><td colspan="6">如已有向衛生福利部國民健康署申請「醫療性生育保存補助試辦方案」補助,另向本市衛生局申請醫療性凍卵/凍精補助之個案,將扣除國健署補助費用後，依據計畫經費上限予以補助。</td></tr>
<tr><td colspan="6">本人已瞭解本申請表各節，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，除繳回所領金額並自負一切法律責任。
申請人(同本人)簽章：_____ 配偶_____
申請日期：中華民國_____年_____月_____日</td></tr>
</table>

※備註:本申請書及相關資料於事實發生日後，應備齊證明文件，向臺南市政府衛生局提出申請**最遲於115年12月7日前**送至臺南市政府衛生局(地址:730台南市新營區東興路163號國民健康科收)

附表二

臺南市115年度助您好孕-醫療性生育保存補助之資料黏貼聯

金融機構帳戶**影本**（黏貼處）
醫療收據**正本或副本**（黏貼處）【收據日期須為114年11月1日至115年11月15日】

附表三

領 據

茲領到 **臺南市115年度助您好孕-醫療性生育保存補助之款項**

□凍卵補助(2萬元整)　□凍卵補助_____元(依實際花費填寫)

□凍精補助(3,000元整)　□凍精補助_____元(依實際花費填寫)

確實無訛。

此致　臺南市政府衛生局

領款人:　　(簽名)蓋章

身分證字號:

聯絡電話:

地址:

匯款金融機構:　　銀行　　分行

戶名:

帳號:

中華民國　　年　　月　　日

備註:

1. 領款人為申請人或申請人配偶。
2. 匯款銀行若非臺灣銀行，匯費10元領款人負擔。
3. 如有塗改，請於塗改處簽名或蓋章。

附表四

切結書暨同意書

本人_____參加臺南市政府衛生局辦理之115年度助您好孕-**醫療性生育保存補助**計畫，同意遵守該局計畫之規定，如有違反，經查證屬實，願繳還已領受之補助費用。

切結事項如下:

一、 本人當年度取卵療程、凍卵療程及凍精療程無申請衛生福利部體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術補助方案等公費相關補助，且無申請其他縣市相關補助，及未曾接受本計畫服務補助費用。

二、 本人於受術前已接受院所之衛教諮詢服務，並充分瞭解凍卵流程、風險及瞭解自身凍卵動機，仍有意願並已完成療程。

三、 本人已充分了解本計畫補助項目規定及其療程之相關風險，同意臺南市政府為公共衛生等相關作業用途，蒐集、處理及利用本人個人資料，並同意衛生人員後續進行電話關懷。

四、 本人已詳閱並確認申請資料(包含姓名、身分證字號及銀行帳號等)無誤植，若因資料錯誤導致撥款異常，願自負一切責任。

五、 本人所填寫之申請文件及相關證明文件切結書資料，皆由本人確認屬實。如經查獲不實，由本人自負法律上一切責任，絕無異議。

立書人: 簽名蓋章

身分證號碼:

聯絡電話:

地址:

中華民國　　年　　月　　日

附表五

臺南市115年度助您好孕-婚後孕前健康檢查補助之資格審查申請表

（個案申請用）

<table>
<tr><td rowspan="5">申請人基本資料
（受檢夫妻配偶一請填設籍臺南市者）</td><td colspan="2">姓名</td><td>身分證統一編號</td><td>出生日期</td><td>電話及 Email</td></tr>
<tr><td>配偶一
（設籍者）</td><td></td><td></td><td rowspan="2">年
月　日</td><td rowspan="2">住宅:
手機:
Email:</td></tr>
<tr><td>生理性別</td><td>□男
□女</td></tr>
<tr><td>配偶二</td><td></td><td></td><td rowspan="2">年
月　日</td><td rowspan="2">住宅:
手機:
Email:</td></tr>
<tr><td>生理性別</td><td>□男
□女</td></tr>
<tr><td colspan="2">戶籍地</td><td colspan="3">郵遞區號□□□□□
縣市　鄉鎮市區　村里　鄰　路/街
段　巷　弄　號　樓之</td></tr>
<tr><td colspan="2">現居地</td><td colspan="3">□同上
郵遞區號□□□□□
縣市　鄉鎮市區　村里　鄰　路/街
段　巷　弄　號　樓之</td></tr>
<tr><td colspan="3">醫療機構名稱：</td><td colspan="3">受檢日期：</td></tr>
<tr><td colspan="6">＃請提供夫妻雙方之身分證(外籍配偶請提供居留證)黏貼於下方表格</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>浮貼身分證影本(正反面)或居留證-夫</td><td>浮貼身分證影本(正反面)或居留證-妻</td></tr>
<tr><td>應備文件（確認並勾選）</td><td colspan="2">
□1. 資格審查申請表正本1份
□2. 婚後孕前健康檢查雙方「醫療收據正本」及「檢查報告影本或副本」各1份
<table>
<tr><td rowspan="3">請申請人勾選檢查項目</td><td rowspan="2">女性</td><td>□血液常規 □尿液常規 □梅毒篩檢 □愛滋病篩檢
□德國麻疹抗體【五項檢查缺一不可】</td></tr>
<tr><td>□抗穆勒氏管荷爾蒙檢查(AMH)【加選項目】</td></tr>
<tr><td>男性</td><td>□血液常規 □尿液常規 □梅毒篩檢 □愛滋病篩檢
□精液分析【五項檢查缺一不可】</td></tr>
</table>
□3. 領據正本1份(由申請人簽名蓋章)
□4. 已婚證明文件【配偶雙方戶籍謄本影本或新式戶口名簿影本(記事不省略)】，外籍配偶尚未擁有戶籍謄本等證明時，請檢附依親證明。
□5. 存摺影本
</td></tr>
<tr><td>申請人切結聲明</td><td colspan="2">
◆ 申請本補助方案之費用，應於民國115年11月15日前（以醫療收據日期為準）完成婚後孕前相關健康檢查，且於115年12月7日前向本市政府衛生局提出申請，逾期不予補助。
◆ 本人已閱讀並了解此補助計畫相關規定及本申請表各項內容，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，除繳回所領金額外應自負一切法律責任。
◆ 本申請之補助款項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。
申請人簽名：_____
申請日期：　　年　　月　　日
</td></tr>
</table>

附表六

臺南市115年度助您好孕-婚後孕前健康檢查補助資料黏貼聯

金融機構帳戶**影本**（黏貼處）
醫療收據**正本**(黏貼處)【收據日期須為114年12月1日至115年11月15日】

附表七

臺南市政府衛生局

「臺南市115年度助您好孕-婚後孕前健康檢查」補助方案領據

茲領到臺南市政府衛生局「臺南市婚後孕前健康檢查」補助費計
新臺幣　　仟　　佰元整，確實無訛。

此致 臺南市政府衛生局
匯款戶名：
銀行或郵局名稱：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（ ＿＿＿＿分行）
局/帳號：
領款人：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（**請簽名蓋章**）

中 華 民 國　　年　　月　　日

註：1. 請領款人務必確認匯款資訊是否正確，領款人簽章須與匯款戶名為同一人，其補助款項金額不得擅自塗改修正。

2. 本表應於**民國115年11月15日前**（以醫療收據日期為準）提出申請，完成婚後孕前相關健康檢查，且於115年12月7日前向本市政府衛生局提出申請，逾期不予補助，相關申請文件請寄730213 **臺南市新營區東興路163號(國民健康科 收)**，並註明**婚後孕前健康檢查補助申請**。