

附表一

體外受精（俗稱試管嬰兒）施術補助之資格審查申請表（個案申請用）

申請人 （受術夫妻） 基本資料	姓 名	身分證統一編號/外籍 統一證號或護照號碼	出 生 日 期	電 話 及 E m a i l	
	本人		年 月 日	住宅： 手機： Email：	
	配偶		年 月 日	住宅： 手機： Email：	
	戶籍地	郵遞區號□□□□□□ 縣市 鄉鎮市區 村里 鄰 路/街 段 巷 弄 號 樓之			
	現居地	<input type="checkbox"/> 同上 郵遞區號□□□□□□ 縣市 鄉鎮市區 村里 鄰 路/街 段 巷 弄 號 樓之			
	#請提供夫妻一方之身分證黏貼於下方表格				
黏貼身分證影本(正面)			黏貼身分證影本(背面)		
應備文件 (確認並勾選)	<input type="checkbox"/> 1. 人工生殖機構開立之不孕症診斷證明正本1份 <input type="checkbox"/> 2. 中低收入戶或低收入戶證明文件正本1份 <input type="checkbox"/> 3. 本資格審查申請表1份				
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(受術夫妻)簽章：夫_____			<input type="text"/>		
妻_____			<input type="text"/>		
申請日期：中華民國_____年_____月_____日					

※備註

1. 補助審查條件：低收入戶或中低收入戶之不孕夫妻，補助對象夫妻至少一方應具中華民國籍。
2. 申請人應備齊證明文件，向衛生福利部國民健康署提出申請(地址:台北市大同區塔城街36號；電話:02-25220642)。