

苗栗縣政府衛生局

幸福苗栗 好孕來 卵巢功能檢查(AMH)補助作業說明

- 一、前言：為避免育齡婦女錯過最佳生育時機及減輕經濟負擔，並提供周全孕前照護，自 113 年 1 月 1 日起，推動「幸福苗栗 好孕來 卵巢功能檢查補助」方案。
- 二、目的：避免育齡婦女錯過最佳生育時機，協助育齡婦女了解卵巢功能。
- 三、實施期程：自 114 年 1 月 1 日起實施至 12 月 31 日截止或經費用罄為止。
- 四、補助對象：設籍本縣 6 個月(含)以上之 25 歲(含)-40 歲(含)生理女性或配偶任一方設籍本縣 6 個月(含)以上者。
- 五、補助名額：全年補助 90 案(僅限於在苗栗縣轄內合約醫療院所抽血檢查者)
- 六、補助費用：每人每年補助卵巢功能抽血檢查費用，計新臺幣 1 千元，至年度經費用罄為止。

七、申請方式

1. 由申請者備齊

- (1)戶籍謄本正本(申請日期須為 10 日內且含有記事)
- (2)身分證正本及正反面影本(各 1 份)
- (3)健保卡

2. 至本縣合約醫療院所填寫 AMH 抽血檢驗申請單並完成檢驗作業，若費用超過補助標準，則由申請者自付不足。

3. 請合約醫療院所確認民眾，有無在本縣內其他院所做過相同補助。

八、合約醫療院所受理及費用申請方式

1. 合約醫療院所人員查驗個案檢附之身分證明文件，確認無誤後，提供下列資料請申請者填寫並審查其完整性。

- (1)苗栗縣政府衛生局「幸福苗栗 好孕來-卵巢功能檢查(AMH)補助」方案申請表(附件一)
- (2)苗栗縣政府衛生局「幸福苗栗 好孕來-卵巢功能(AMH)檢查補助」切結書(附件二)
- (3)公職人員及關係人身分關係揭露表(附件三)(若無，則免填)

2. 合約醫療院所完成檢查後，請於次月 10 日前函送本局依實申請補助款項，檢附下列資料(請機構留影本，正本給局)：

- (1)合約醫療院所公文

(2)彙整苗栗縣政府衛生局 AMH 抽血檢驗名冊(附件四)

(3)苗栗縣政府衛生局「幸福苗栗 好孕來-卵巢功能檢查(AMH)補助」合約醫療院所 AMH 檢驗補助款領據(附件五)

(4)民眾申請資料(請依名冊次序排列申請者相關資料)

(5)檢查報告

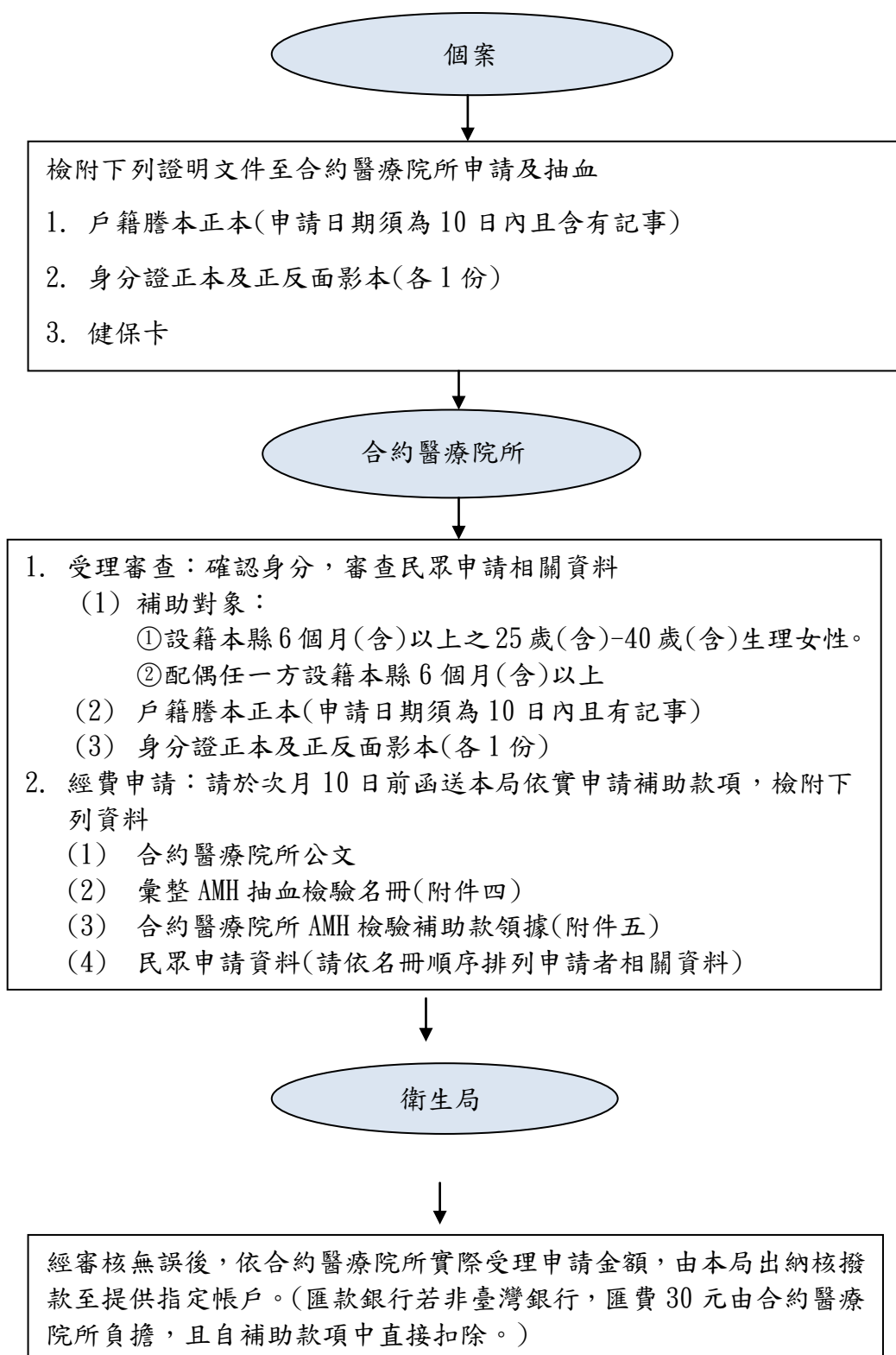
九、衛生局經費核撥方式

經審核無誤後，依合約醫療院所實際受理申請金額，由本局出納核撥款至提供指定帳戶。(匯款銀行若非臺灣銀行，匯費 30 元由合約醫療院所負擔，且自補助款項中直接扣除。)

注意事項：

- (一) 本局得隨時抽查合約醫療院所有關補助方案之相關資料，合約醫療院所如以虛偽之證明、報告及其他不當行為而致受補助對象領有本補助，本局得立即終止合約醫療院所契約，停發相關經費予受補助者，並由機關以書面命受補助者繳回溢領款項。

幸福苗栗 好孕來-卵巢功能檢查補助流程圖



申請人

苗栗縣政府衛生局「幸福苗栗 好孕來-卵巢功能檢查(AMH)補助」方案申請表

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		婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚	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：)
信箱					
戶籍地址					
通訊地址					
就診醫療院所					
應備文件	<input type="checkbox"/> 1. 苗栗縣政府衛生局「幸福苗栗 好孕來-卵巢功能檢查(AMH)補助」方案申請表 <input type="checkbox"/> 2. 戶籍謄本正本(申請日期須為 10 日內且有記事) <input type="checkbox"/> 3. 苗栗縣政府衛生局「幸福苗栗 好孕來-卵巢功能檢查(AMH)補助」切結書 <input type="checkbox"/> 4. 公職人員及關係人身分關係揭露表(若無，則免填)				
備註	1. 申請期限自 114 年 1 月 1 日起至 114 年 12 月 31 日截止或經費用罄為止。 2. 補助金額：每人補助卵巢功能檢查費用(僅限於在苗栗縣轄內合約醫療院所抽血檢查者)。 3. 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。 合作院所收費不一，若費用超過補助標準，則由申請者自付不足。				

申請人

苗栗縣
「幸福苗栗 好孕來-卵巢功能檢查(AMH)」方案
切結書

- 一、 本人申請苗栗縣政府衛生局辦理之「幸福苗栗 好孕來-卵巢功能檢查(AMH)補助」方案，已知悉每年補助 1 次，且僅限於在苗栗縣轄內合約醫療院所抽血檢查者。本同意遵守苗栗縣政府衛生局方案之規定，如有違反或重複檢測，經查證屬實，應繳還已領受之補助費用。
- 二、 本人已充分了解本方案補助項目，同意苗栗縣政府衛生局為公共衛生等相關作業用途，蒐集、處理及利用本人之個人資料，並同意衛生人員進行後續電話關懷。

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。如經審查有不實情事，由本人自負法律上一切責任，絕無異議。

立書人： (簽名)

身分證統一編號：

住址：

身分證件資料黏貼處(黏貼)

中華民國 年 月 日

苗栗縣政府衛生局

公職人員利益衝突迴避法第 14 條第 2 項

公職人員及關係人身分關係揭露表

【A. 事前揭露】：本表由公職人員或關係人填寫

(公職人員或其關係人與公職人員服務之機關團體或受其監督之機關團體為補助或交易行為前，應主動於申請或投標文件內據實表明其身分關係)

※交易或補助對象屬公職人員或關係人者，請填寫此表。非屬公職人員或關係人者，免填此表。

表 1：

參與交易或補助案件名稱：苗栗縣政府衛生局「幸福苗栗 好孕來-卵巢功能檢查(AMH)補助方案	案號
本案補助或交易對象係公職人員或其關係人：	
<input type="checkbox"/> 公職人員 (勾選此項者，無需填寫表 2) 姓名：_____ 服務機關團體：_____ 職稱：_____	
<input type="checkbox"/> 公職人員之關係人 (勾選此項者，請繼續填寫表 2)	

表 2：

公職人員：			
姓名：_____ 服務機關團體：_____ 職稱：_____			
關係人 (屬自然人者)：姓名 _____			
關係人 (屬營利事業、非營利之法人或非法人團體)：			
名稱 _____ 統一編號 _____ 代表人或管理人姓名 _____			
關係人與公職人員間係第 3 條第 1 項各款之關係			
<input type="checkbox"/> 第 1 款	公職人員之配偶或共同生活之家屬		
<input type="checkbox"/> 第 2 款	公職人員之二親等以內親屬	稱謂：	
<input type="checkbox"/> 第 3 款	公職人員或其配偶信託財產之受託人	受託人名稱：	
<input type="checkbox"/> 第 4 款 (請填寫 abc 欄位)	a. 請勾選關係人係屬下列何者： <input type="checkbox"/> 營利事業 <input type="checkbox"/> 非營利法人 <input type="checkbox"/> 非法人團體	b. 請勾選係以下何者擔任職務： <input type="checkbox"/> 公職人員本人 <input type="checkbox"/> 公職人員之配偶或共同生活之家屬。姓名：_____ <input type="checkbox"/> 公職人員二親等以內親屬。 親屬稱謂：_____ (填寫親屬稱謂例如：兒媳、女婿、兄嫂、弟媳、連襟、妯娌) 姓名：_____	c. 請勾選擔任職務名稱： <input type="checkbox"/> 負責人 <input type="checkbox"/> 董事 <input type="checkbox"/> 獨立董事 <input type="checkbox"/> 監察人 <input type="checkbox"/> 經理人 <input type="checkbox"/> 相類似職務：_____
<input type="checkbox"/> 第 5 款	經公職人員進用之機要人員	機要人員之服務機關：_____ 職稱：_____	
<input type="checkbox"/> 第 6 款	各級民意代表之助理	助理之服務機關：_____ 職稱：_____	

填表人簽名或蓋章：

(填表人屬營利事業、非營利之法人或非法人團體者，請一併由該「事業法人團體」及「負責人」蓋章)

備註：

填表日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

此致機關：苗栗縣政府衛生局

**(填寫範例) 公職人員利益衝突迴避法第 14 條第 2 項
公職人員及關係人身分關係揭露表範本**

【A. 事前揭露】：本表由公職人員或關係人填寫

(公職人員或其關係人與公職人員服務之機關團體或受其監督之機關團體為補助或交易行為前，應主動於申請或投標文件內據實表明其身分關係)

※交易或補助對象屬公職人員或關係人者，請填寫此表。非屬公職人員或關係人者，免填此表。

表 1：

參與交易或補助案件名稱： <u>廉政市公所委託廉政研究採購案</u>	案號： <u>AB99999</u> (無案號者免填)
本案補助或交易對象係公職人員或其關係人：	
<input type="checkbox"/> 公職人員 (勾選此項者，無需填寫表 2) 姓名： <u> </u> 服務機關團體： <u> </u> 職稱： <u> </u>	
<input checked="" type="checkbox"/> 公職人員之關係人 (勾選此項者，請繼續填寫表 2)	

表 2：

公職人員： 姓名： <u>王小明</u> 服務機關團體： <u>廉政市民代表會</u> 職稱： <u>市民代表</u>			
關係人 (屬自然人者)：姓名 <u> </u>			
關係人 (屬營利事業、非營利之法人或非法人團體)： 名稱 <u>財團法人陽光廉政基金會</u> 統一編號 <u>12345678</u> 代表人或管理人姓名 <u>楊清廉</u>			
關係人與公職人員關係第 3 條第 1 項各款之關係			
<input type="checkbox"/> 第 1 款	公職人員之配偶或共同生活之家屬		
<input type="checkbox"/> 第 2 款	公職人員之二親等以內親屬	稱謂： <u> </u>	
<input type="checkbox"/> 第 3 款	公職人員或其配偶信託財產之受託人	受託人名稱： <u> </u>	
<input checked="" type="checkbox"/> 第 4 款 (請填寫 abc 欄位)	a. 請勾選關係人係屬下列何者： <input type="checkbox"/> 營利事業 <input checked="" type="checkbox"/> 非營利法人 <input type="checkbox"/> 非法人團體	b. 請勾選係以下何者擔任職務： <input type="checkbox"/> 公職人員本人 <input checked="" type="checkbox"/> 公職人員之配偶或共同生活之家屬。姓名： <u>陳小花</u> <input type="checkbox"/> 公職人員二親等以內親屬。親屬稱謂： <u> </u> (填寫親屬稱謂例如：兒媳、女婿、兄嫂、弟媳、連襟、妯娌) 姓名： <u> </u>	c. 請勾選擔任職務名稱： <input type="checkbox"/> 負責人 <input checked="" type="checkbox"/> 董事 <input type="checkbox"/> 獨立董事 <input type="checkbox"/> 監察人 <input type="checkbox"/> 經理人 <input type="checkbox"/> 相類似職務： <u> </u>
<input type="checkbox"/> 第 5 款	經公職人員進用之機要人員	機要人員之服務機關： <u> </u> 職稱： <u> </u>	
<input type="checkbox"/> 第 6 款	各級民意代表之助理	助理之服務機關： <u> </u> 職稱： <u> </u>	

填表人簽名或蓋章：



楊清廉

(填表人屬營利事業、非營利之法人或非法人團體者，請一併由該「事業法人團體」及「負責人」蓋章)

備註：

填表日期：111 年 07 月 31 日

此致機關：廉政市公所

合約醫療院所

苗栗縣政府衛生局							
幸福苗栗 好孕來-卵巢功能檢查(AMH)補助方案抽血檢驗名冊							
114 年度 造冊區間 ____月____日~____月____日							
送件醫療院所	編號	個案姓名	檢查日期	身分證字號	出生日期	檢驗報告數據	費用
合計：	_____人		總計金額：_____元			院所核章：	

合約醫療院所

苗栗縣政府衛生局
「幸福苗栗 好孕來-卵巢功能檢查(AMH)補助」方案領據

_____茲向苗栗縣政府衛生局領取「幸福苗栗 好孕來-
卵巢功能檢查(AMH)補助」方案 AMH 抽血檢驗費用。

共計新台幣 萬 仟 佰 零 拾 零元整

此據

具領單位(大、小章)：

統一編號：

地址：

連絡電話：

中華民國 年 月 日

匯入金融機構： 銀行 分行

戶名： 帳號：

※非台灣銀行存摺補助金額須扣除匯費 30 元。

存 摺 (簿) 封 面 影 本 黏 貼 處