

苗栗縣政府衛生局

「幸福苗栗 好孕來 婚後孕前健康篩檢」補助作業說明

- 一、前言：為提供本縣新婚夫妻周全性備孕健康照護，擬自 113 年 1 月 1 日起，推動「幸福苗栗 好孕來 婚後孕前健康篩檢」補助方案。
- 二、目的：為提供本縣新婚夫妻周全性備孕健康照護，預先在懷孕前發現潛在遺傳疾病，評估生育風險，以降低先天缺陷兒機率。
- 三、實施期程：自 113 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：設籍本縣已婚且尚未生育第一胎，配偶任一方設籍本縣之縣民及其配偶，每人每次婚姻接受一次補助。
- 五、補助名額：全年補助 100 案(僅限於在苗栗縣轄內合約機構檢查者)
- 六、補助費用：每對夫妻補助新台幣 2,250 元(女性：1,595 元、男性：655 元)
- 七、健康檢查項目：
 1. 女性 9 項檢查：尿液檢查、血液常規(含海洋性貧血篩檢)、梅毒篩檢、愛滋病篩檢、德國麻疹抗體篩檢、水痘抗體篩檢、甲狀腺刺激素篩檢、披衣菌抗體篩檢、糖化血色素。
 2. 男性 5 項檢查：尿液檢查、血液常規(含海洋性貧血篩檢)、梅毒篩檢、愛滋病篩檢及精蟲分析檢查。
- 八、申請方式
 1. 由申請者備齊以下資料
 - (1) 身分證正本及正反面影本(各 1 份)
 - (2) 健保卡及配偶雙方戶籍謄本影本(申請日期須為 10 日內且有記事)
 - (3) 至本縣合約機構填寫「幸福苗栗 好孕來 婚後孕前健康篩檢補助個案紀錄單」並完成檢驗作業。
 2. 請合約機構確認民眾，有無在本縣內其他院所做過相同補助。
- 九、合約機構受理及費用申請方式
 1. 合約機構人員查驗個案檢附之身分證明文件，且需確認未曾接受過本補助，提供下列資料予申請者填寫，並審查其完整性。
 - (1) 「幸福苗栗 好孕來 婚後孕前健康篩檢補助」個案紀錄單(附件一)
 - (2) 「幸福苗栗 好孕來 婚後孕前健康篩檢補助」相關資料黏貼單(附件二)
 - (3) 公職人員及關係人身分關係揭露表(若無，則免填)(附件三)
 2. 合約機構完成檢查後，請於每月 30 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) 苗栗縣合約機構轉介單(附件四)
- (2) 彙整「幸福苗栗 好孕來 婚後孕前健康篩檢」補助抽血檢驗名冊(附件五)(另寄電子檔一份)
- (3) 民眾申請資料(請依名冊次序排列申請者相關資料，含附件一、二、三、四)
- (4) 「幸福苗栗 好孕來 婚後孕前健康篩檢」合約機構篩檢補助領據(附件六)

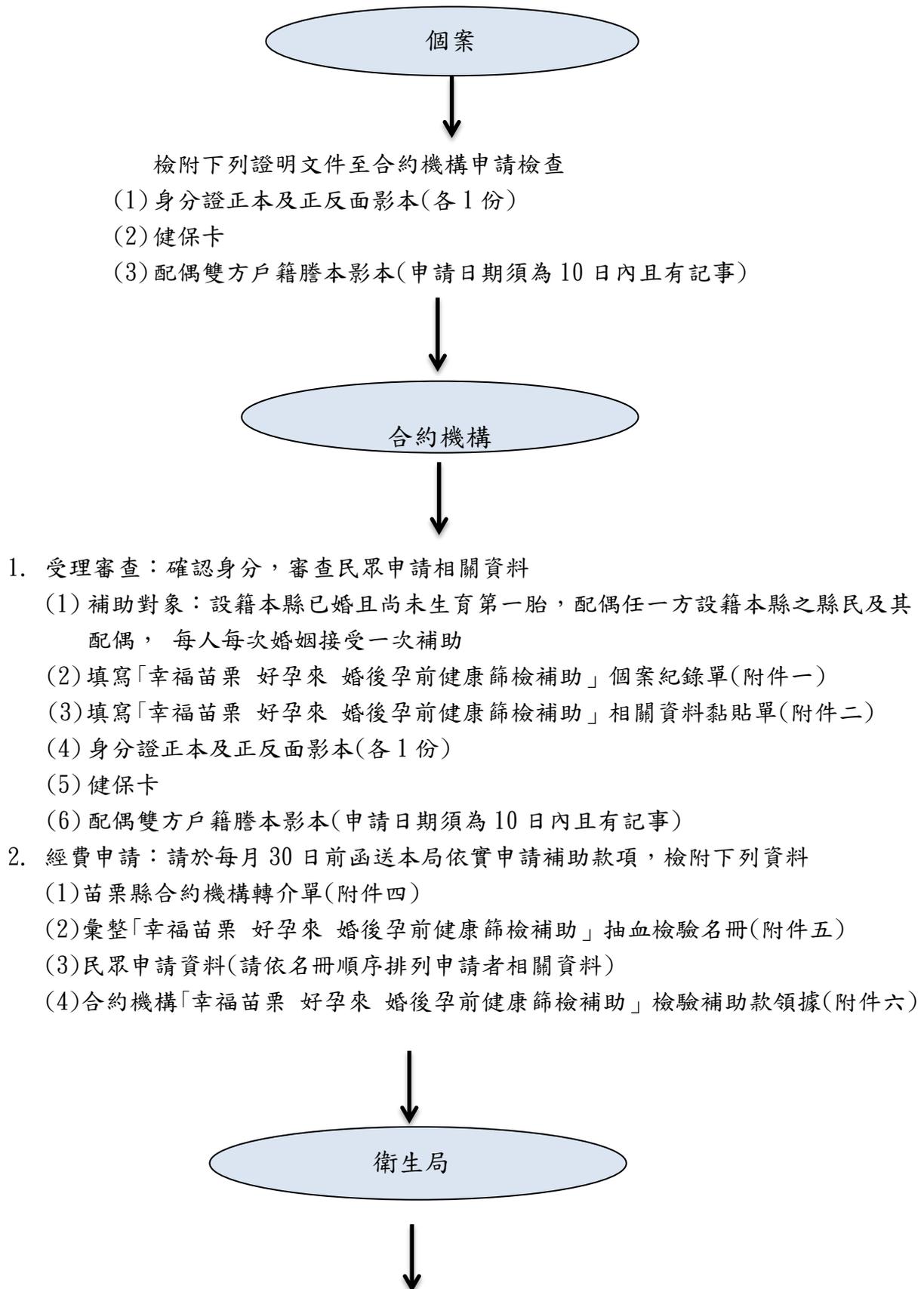
九、衛生局經費核撥方式

經審核無誤後，依醫療院所實際受理申請金額，於 45 天內核撥補助款至提供指定帳戶。(匯款銀行若非臺灣銀行，匯費 30 元由合約機構負擔，且自補助款項中直接扣除。)

十、注意事項：

- (一) 本局得隨時抽查合約機構有關補助方案之相關資料，合約機構如以虛偽之證明、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機構契約，停發相關經費予受補助者，並由機關以書面請受補助者繳回溢領款項。
- (二) 本項健康檢查配偶雙方得分別掛號受檢，有任一項未檢查者，本局全部不予支付。
- (三) 本補助計畫檢查項目之檢查費用全部免費，合約醫療機構不得向民眾收取額外檢查費用，必要時得收取掛號費，並依婚後孕前健康檢查規定項目確實檢查，檢驗之費用應於「幸福苗栗 好孕來 婚後孕前健康篩檢」補助抽血檢驗名冊(附件五)填入費用金額，本局將依補助金額核實撥付。
- (四) 合約之醫療機構對於健康檢查結果異常者，應予以適當衛教指導及追蹤，若經合約醫療機構評估需複檢或提供其他相關檢查者，應提供治療、其他相關檢查或轉介至適當之醫療機構。

幸福苗栗 好孕來 婚後孕前健康篩檢補助流程圖



經審核無誤後，依醫療院所實際受理申請金額，於 45 天內核撥補助款至提供指定帳戶。
(匯款銀行若非臺灣銀行，匯費 30 元由醫療機構負擔，且自補助款項中直接扣除。)

「幸福苗栗 好孕來」婚後孕前健康篩檢個案紀錄單

申請人
合約機構

申請日期： 年 月 日

一、女性基本資料(由受檢者填寫)

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		結婚日期		國籍別	<input type="checkbox"/> 0 本國 <input type="checkbox"/> 1 大陸 <input type="checkbox"/> 2 外籍()
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 新移民 <input type="checkbox"/> 4 身心障礙(障別：程度：)
戶籍地址				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()
通訊地址					
電子信箱				訊息來源	<input type="checkbox"/> 1 通知單 <input type="checkbox"/> 2 網路 <input type="checkbox"/> 3 戶政單位 <input type="checkbox"/> 4 海報 <input type="checkbox"/> 5 醫療院所 <input type="checkbox"/> 6 其他
填備文件	<input type="checkbox"/> 1. 「幸福苗栗 好孕來」婚後孕前健康篩檢個案紀錄單(附件一)。 <input type="checkbox"/> 2. 「幸福苗栗 好孕來」婚後孕前健康篩檢補助相關資料黏貼單(附件二)。 <input type="checkbox"/> 3. 配偶雙方身分證正反面影本。 <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 113 年 1 月 1 日起至 113 年 12 月 31 日止。 2. 補助金額：每人補助婚後孕前健康篩檢費用(僅限於在苗栗縣轄內合約機構抽血檢查者)。 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。				

二、健康暨家族史

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 原因：	吸菸史	<input type="checkbox"/> 從未吸菸 <input type="checkbox"/> 目前已戒菸 <input type="checkbox"/> 自 歲開始吸菸，平均每天 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 (男士免填)	1. 初經年齡()歲 2. 最近一次月經日期： 月 日；期間： 日 3. 出血量： <input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 適量 <input type="checkbox"/> 少 4. 週期約： 天 5. 規則性： <input type="checkbox"/> 規則 <input type="checkbox"/> 不規則 6. 經痛： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不一定 7. 陰道分泌物： <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		
子女期望數	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 皆可 期望數 人	計劃生育時間	<input type="checkbox"/> 1年內 <input type="checkbox"/> 1-2年 <input type="checkbox"/> 3年以上 <input type="checkbox"/> 順其自然或尚未計劃
避孕方式	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 保險套 <input type="checkbox"/> 避孕藥 <input type="checkbox"/> 避孕器 <input type="checkbox"/> 安全期 <input type="checkbox"/> 體外射精 <input type="checkbox"/> 其他()		
家族病史	1. 家族中有無先天性病個案： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 兔唇顎裂 <input type="checkbox"/> 先天性心臟病 <input type="checkbox"/> 染色體異常 <input type="checkbox"/> 其他： 2. 家族中有無一歲內死亡案例： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 3. 家族中有無誰曾被診斷為習慣性流產： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 4. 家族中有無智能不足的案例： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 5. 家族中有無生長發育異常個案，生長遲緩、侏儒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 6. 家族中是否有精神異常個案： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 7. 家族中有無地中海型貧血病史者： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※有地中海型貧血病家族史者請詳述：		

三、一般檢查暨檢驗結果(由檢驗單位填寫)

身高	公分	體重	公斤	脈搏	次/分	血壓	mmHg	理想體重	公斤
尿液	尿蛋白 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	尿糖 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	潛血 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	紅血球 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	白血球 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	上皮細胞 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	細菌 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		
血液	Hb <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	MCV <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	VDRL <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	Anti-HIV <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	德國麻疹 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	水痘抗體 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	披衣菌抗體 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	海洋性貧血 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	糖化血色素 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
	TSH <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常								
醫師意見與建議： <input type="checkbox"/> 1. 需進一步轉介檢查或處理：(轉介至 醫院 科) <input type="checkbox"/> 2. 已開立轉介單 <input type="checkbox"/> 3. 其他：(請說明) <p style="text-align: right;">醫師簽章：</p>									

「幸福苗栗 好孕來」婚後孕前健康篩檢個案紀錄單

申請人
合約機構

申請日期： 年 月 日

一、男性基本資料(由受檢者填寫)

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		結婚日期		國籍別	<input type="checkbox"/> 0 本國 <input type="checkbox"/> 1 大陸 <input type="checkbox"/> 2 外籍()
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 新移民 <input type="checkbox"/> 4 身心障礙(障別：) 程度：)
戶籍地址				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()
通訊地址					
電子信箱				訊息來源	<input type="checkbox"/> 1 通知單 <input type="checkbox"/> 2 網路 <input type="checkbox"/> 3 戶政單位 <input type="checkbox"/> 4 海報 <input type="checkbox"/> 5 醫療院所 <input type="checkbox"/> 6 其他
填備文件	<input type="checkbox"/> 1. 「幸福苗栗 好孕來」婚後孕前健康篩檢個案紀錄單(附件一)。 <input type="checkbox"/> 2. 「幸福苗栗 好孕來」婚後孕前健康篩檢補助相關資料黏貼單(附件二)。 <input type="checkbox"/> 3. 配偶雙方身分證正反面影本。 <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 113 年 1 月 1 日起至 113 年 12 月 31 日止。 2. 補助金額：每人補助婚後孕前健康篩檢費用(僅限於在苗栗縣轄內合約機構抽血檢查者)。 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。				

二、健康暨家族史

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 原因：		吸菸史	<input type="checkbox"/> 從未吸菸 <input type="checkbox"/> 目前已戒菸 <input type="checkbox"/> 自 歲開始吸菸，平均每天 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？			
子女期望數	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 皆可 期望數 人	計劃 生育時間	<input type="checkbox"/> 1年內 <input type="checkbox"/> 1-2年 <input type="checkbox"/> 3年以上 <input type="checkbox"/> 順其自然或尚未計劃	
避孕方式	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 保險套 <input type="checkbox"/> 避孕藥 <input type="checkbox"/> 避孕器 <input type="checkbox"/> 安全期 <input type="checkbox"/> 體外射精 <input type="checkbox"/> 其他 ()			
家族病史	1. 家族中有無先天性病個案： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 兔唇顎裂 <input type="checkbox"/> 先天性心臟病 <input type="checkbox"/> 染色體異常 <input type="checkbox"/> 其他： 2. 家族中有無一歲內死亡案例： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 3. 家族中有無誰曾被診斷為習慣性流產： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 4. 家族中有無智能不足的案例： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 5. 家族中有無生長發育異常個案，生長遲緩、侏儒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 6. 家族中是否有精神異常個案： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 7. 家族中有無地中海型貧血病史者： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※有地中海型貧血病家族史者請詳述：			

三、一般檢查暨檢驗結果(由檢驗單位填寫)

身高	公分	體重	公斤	脈搏	次/分	血壓	mmHg	理想體重	公斤
尿液	尿蛋白 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	尿糖 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	潛血 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	紅血球 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	白血球 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	上皮細胞 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	細菌 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		
血液	Hb <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	MCV <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	VDRL <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	Anti-HIV <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	德國麻疹 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	水痘抗體 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	披衣菌抗體 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	海洋性貧血 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	
精液	<input type="checkbox"/> 正常 <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"/> 未驗								
醫師意見與建議： <input type="checkbox"/> 1. 需進一步轉介檢查或處理：(轉介至 醫院 科) <input type="checkbox"/> 2. 已開立轉介單 <input type="checkbox"/> 3. 其他：(請說明) <div style="text-align: right;">醫師簽章：</div>									

「幸福苗栗 好孕來 婚後孕前健康篩檢」補助相關資料黏貼單

一、補助資格：已婚且尚未生育第一胎，配偶任一方設籍本縣之縣民及其配偶，每人每次婚姻限接受一次補助

二、補助項目：

(一) 女性 9 項檢查：尿液檢查、血液常規(含海洋性貧血篩檢)、梅毒篩檢、愛滋病篩檢、德國麻疹抗體篩檢、水痘抗體篩檢、甲狀腺刺激素篩檢、披衣菌抗體篩檢、糖化血色素。

(二) 男性 5 項檢查：尿液檢查、血液常規(含海洋性貧血篩檢)、梅毒篩檢、愛滋病篩檢及精蟲分析檢查。

我已詳閱並符合上述補助資格(配偶雙方親自簽名)：_____

(若經查不符合補助資格、重複接受檢查者，則需自付補助、重複檢查之費用)

★為維護各合約機構服務及民眾受檢品質，受檢資料將作為本局相關研究計畫及推動生育補助計畫政策之參考。若您不同意，請洽電話：037-558510 與衛生局保健科聯繫。

配偶雙方身分證件資料黏貼處(請浮貼)

夫

妻

**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：幸福苗栗 好孕來 婚後孕前健康篩檢補助方案	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：

(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：
 

(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

範例案情：廉政市民代表會之市民代表王小明，其配偶陳小花擔任財團法人陽光廉政基金會之董事，基金會董事長為楊清廉。該基金會參加受市民代表王小明監督之機關即廉政市公所之委託廉政研究採購案公開招標之投標

※填表說明：

1. 請先填寫表 1，選擇補助或交易對象係公職人員或關係人，並於 打勾。
2. 補助或交易對象係公職人員者，無須填表 2；補助或交易對象為公職人員之關係人者，則須填寫表 2。
3. 表 2 請填寫公職人員及關係人之基本資料，並勾選填寫關係人與公職人員間屬第 3 條第 1 項各款之關係。
4. 有其他記載事項請填於備註。
5. 填表人即公職人員或關係人請於簽名欄位簽名或蓋章，並填寫填表日期。

※相關法條：

公職人員利益衝突迴避法

第 2 條

本法所稱公職人員，其範圍如下：

- 一、總統、副總統。
 - 二、各級政府機關（構）、公營事業總、分支機構之首長、副首長、幕僚長、副幕僚長與該等職務之人。
 - 三、政務人員。
 - 四、各級公立學校、軍警院校、矯正學校校長、副校長；其設有附屬機構者，該機構之首長、副首長。
 - 五、各級民意機關之民意代表。
 - 六、代表政府或公股出任其出資、捐助之私法人之董事、監察人與該等職務之人。
 - 七、公法人之董事、監察人、首長、執行長與該等職務之人。
 - 八、政府捐助之財團法人之董事長、執行長、秘書長與該等職務之人。
 - 九、法官、檢察官、戰時軍法官、行政執行官、司法事務官及檢察事務官。
 - 十、各級軍事機關（構）及部隊上校編階以上之主官、副主官。
 - 十一、其他各級政府機關（構）、公營事業機構、各級公立學校、軍警院校、矯正學校及附屬機構辦理工務、建築管理、城鄉計畫、政風、會計、審計、採購業務之主管人員。
 - 十二、其他職務性質特殊，經行政院會同主管府、院核定適用本法之人員。
- 依法代理執行前項公職人員職務之人員，於執行該職務期間亦屬本法之公職人員。

第 3 條

本法所定公職人員之關係人，其範圍如下：

- 一、公職人員之配偶或共同生活之家屬。
 - 二、公職人員之二親等以內親屬。
 - 三、公職人員或其配偶信託財產之受託人。但依法辦理強制信託時，不在此限。
 - 四、公職人員、第一款與第二款所列人員擔任負責人、董事、獨立董事、監察人、經理人或相類似職務之營利事業、非營利之法人及非法人團體。但屬政府或公股指派、選聘代表或由政府聘任者，不包括之。
 - 五、經公職人員進用之機要人員。
 - 六、各級民意代表之助理。
- 前項第六款所稱之助理指各級民意代表之公費助理、其加入助理工會之助理及其他受其指揮監督之助理。

第 14 條

公職人員或其關係人，不得與公職人員服務或受其監督之機關團體為補助、買賣、租賃、承攬或其他具有對價之交易行為。但有下列情形之一者，不在此限：

- 一、依政府採購法以公告程序或同法第一百零五條辦理之採購。
 - 二、依法令規定經由公平競爭方式，以公告程序辦理之採購、標售、標租或招標設定用益物權。
 - 三、基於法定身分依法令規定申請之補助；或對公職人員之關係人依法令規定以公開公平方式辦理之補助，或禁止其補助反不利於公共利益且經補助法令主管機關核定同意之補助。
 - 四、交易標的為公職人員服務或受其監督之機關團體所提供，並以公定價格交易。
 - 五、公營事業機構執行國家建設、公共政策或為公益用途申請承租、承購、委託經營、改良利用固有非公用不動產。
 - 六、一定金額以下之補助及交易。
- 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前項但書第一款至第三款補助或交易行為前，應主動於申請或投標文件內據實表明其身分關係；於補助或交易行為成立後，該機關團體應連同其身分關係主動公開之。但屬前項但書第三款基於法定身分依法令規定申請之補助者，不在此限。
- 前項公開應利用電信網路或其他方式供公眾線上查詢。
- 第一項但書第六款之一定金額，由行政院會同監察院定之。

第 18 條

違反第十四條第一項規定者，依下列規定處罰：

- 一、交易或補助金額未達新臺幣十萬元者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。
 - 二、交易或補助金額新臺幣十萬元以上未達一百萬元者，處新臺幣六萬元以上五十萬元以下罰鍰。
 - 三、交易或補助金額新臺幣一百萬元以上未達一千萬元者，處新臺幣六十萬元以上五百萬元以下罰鍰。
 - 四、交易或補助金額新臺幣一千萬元以上者，處新臺幣六百萬元以上該交易金額以下罰鍰。
- 前項交易金額依契約所明定或可得確定之價格定之。但結算後之金額高於該價格者，依結算金額。
- 違反第十四條第二項規定者，處新臺幣五萬元以上五十萬元以下罰鍰，並得按次處罰。

苗栗縣_____ (合約機構全銜)轉介單

本院所發現個案有下列症狀，轉請 貴院診治，請填寫就診情況，並惠予回覆本院所（聯絡電話：_____；聯絡人：_____），以便追蹤管理，謝謝您的協助！

個案姓名：_____ 性別：男 女
 身分證字號：_____ 出生日期：____年__月__日 電話：_____
 住址：_____縣_____（鄉鎮市）_____里（村）_____

轉介原因：

- 尿路感染或泌尿系統問題
 VDRL 陽性
 anti-HIV 陽性
 Hb-EP 異常
 家族中有罕見疾病的遺傳
 子宮頸抹片檢驗結果異常
 精液檢驗結果異常
 重大疾病：
 其他

轉診科別： 一般內科 心臟內科 新陳代謝科 婦產科 生殖醫學
 其他

轉介日期：____年__月__日 轉介者簽名：_____

診療結果

醫療院所名稱：_____ 就醫日期：_____

醫師診斷結果：

醫師建議事項：

醫師簽章：_____

「幸福苗栗 好孕來 婚後孕前健康篩檢」補助抽血檢驗名冊

送件機構：_____

造冊區間：_____年 _____月 _____日至 _____月 _____日

編號	個案姓名	檢查日期	身分證字號	檢附檢查個案紀錄單結果	費用
	夫：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	妻：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	夫：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	妻：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	夫：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	妻：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	夫：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	妻：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	夫：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	妻：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	夫：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	妻：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	夫：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	妻：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	夫：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	妻：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	夫：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	妻：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	夫：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	妻：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	夫：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	妻：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	夫：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	妻：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	夫：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	妻：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	夫：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	妻：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	夫：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	妻：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	夫：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	妻：			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
合計	總計金額：_____元		院所核章		

「幸福苗栗 好孕來-婚後孕前健康篩檢」補助領據

(合約機構)茲向苗栗縣政府衛生局領取苗栗縣

「幸福苗栗 好孕來-婚後孕前健康篩檢補助」方案抽血檢驗費用。

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