

苗栗縣政府衛生局

幸福苗栗 好孕來 卵巢功能檢查補助作業說明

- 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，擬自 113 年 1 月 1 日起，推動「幸福苗栗 好孕來 凍卵補助暨卵巢功能檢查補助」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 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：設籍本縣滿 1 年以上之 25 歲(含)-40 歲(含) 女性。
- 五、補助名額：全年補助 400 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，至年度用罄為止。

七、申請方式

1. 由申請者備齊

- (1) 戶籍謄本影本(申請日期須為 10 日內且有記事)
- (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、醫療機構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「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) 「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) 彙整 AMH 抽血檢驗名冊(附件四)(另寄電子檔一份)
- (2) 民眾申請資料(請依名冊次序排列申請者相關資料)
- (3) 醫療院所 AMH 檢驗補助款領據(附件五)

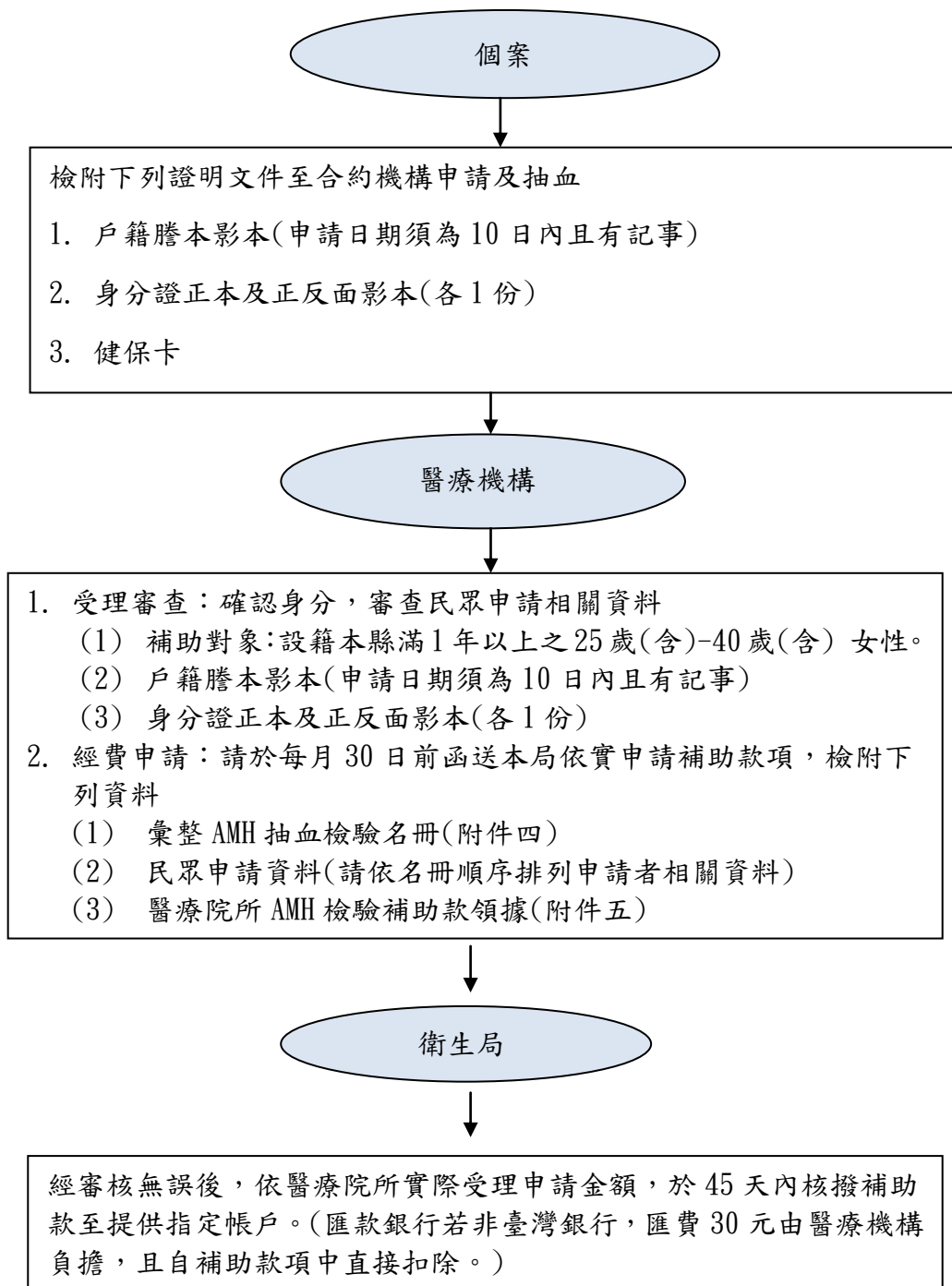
九、衛生局經費核撥方式

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 元由醫療機構負擔，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，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。
- (二) 全年補助共 400 案，分 2 梯次，第一梯次核撥 60% 共計 240 案，依合約機構量能分配額度，後續參酌每月受理案數，核覆第 2 梯次額度。

苗栗縣政府衛生局 幸福苗栗 好孕來 卵巢功能檢查補助流程圖



附件一

苗栗縣「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 新移民 <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「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. 戶籍謄本影本(申請日期須為10日內且有記事) <input type="checkbox"/> 3. 「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113年1月1日起至113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。 | | | | |

附件二

苗栗縣「幸福苗栗 好孕來-卵巢功能檢查(AMH)」 方案切結書

- 一、 我參加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，同意遵守該局方案之規定，如有違反，經查證屬實，願繳還已領受之補助費用。
- 二、 切結書事項如下：本人知悉以每年補助 1 次，僅限於在苗栗縣轄內合約醫療院所抽血檢查者，若有重複檢測，願自付。
- 三、 本人已充分了解本方案補助項目，同意苗栗縣政府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。如經查獲有不實，由本人自負法律上一切責任，絕無異議。

立書人：

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

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-卵巢功能檢查(AMH)補助方案 |
| 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：廉政市公所委託廉政研究採購案 | 案號 | AB99999 (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：_____ 服務機關團體：_____ 職稱：_____ | | |
| <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_____ | | |
| 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：_____ |
| <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 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：_____ (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 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：_____ |
| <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：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。

幸福苗栗 好孕來-卵巢功能檢查(AMH)補助方案抽血檢驗名冊

113 年度 造冊區間 __月__日~__月__日

| 送件單位 | 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： | |

附件五

苗栗縣「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苗栗縣「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