

## 嘉義市特殊群體生育調節醫療費用補助計畫申請書

姓名(簽章)		生理 性別		申請日期	年 月 日
身分證字號				出生日期	年 月 日
戶籍地址					
通訊地址					
聯絡電話	(住家)			(手機)	
申請資格檢附文件(正本)					
需符合衛生福利部國民健康署特殊群體生育調節補助作業減免對象：本人或其配偶、子女有下列情形之一者：					
<input type="checkbox"/> 患有精神疾病證明			<input type="checkbox"/> 患有有礙優生疾病證明		
<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊證明			<input type="checkbox"/> 列案低收入戶證明		
須為設籍中華民國國籍；如為外國籍或大陸地區人民尚未設籍者，以其中華民國國籍配偶之戶籍地為準(且戶籍為嘉義市市民)					
申請生育調節補助項目					
<input type="checkbox"/> 子宮內避孕裝置			<input type="checkbox"/> 輸精管結紮		
<input type="checkbox"/> 輸卵管結紮					
手術日期	年	月	日	醫療院所	
必檢附文件	<input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 健保卡影本				
本計畫補助自付不足費用 請檢具醫療收據	<input type="checkbox"/> 掛號費 <input type="checkbox"/> 健保部分負擔 <input type="checkbox"/> 手術費 <input type="checkbox"/> 麻醉費 <input type="checkbox"/> 材料費 <input type="checkbox"/> 其他_____				
協助單位					
聯絡人				連絡人電話	
審查結果	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過，原因_____				
承辦人員初審：				科室主管複審：	