

114 年桃園市婦女健康整合型計畫

壹、計畫起源：

臺灣社會在全球經濟發展多元化，人口結構改變，少子女化與人口老化都影響及挑戰婦幼健康照護。根據內政部統計處顯示 112 年臺灣人口粗出生率（一年內每一千位年中人口之平均活產數）為 5.81‰，總生育率（平均每位婦女一生中所生育之子女數）為 0.87，屬於超低生育率國家，少子女化問題越趨嚴重，而民眾對於生育健康、家庭階段與優生保健等議題也愈來愈重視。

為促進本市下一世代健康與積極維護家庭幸福，建立友善生育環境，增進婦幼全人健康促進服務及照護，基於預防醫學的精神，透過遺傳學醫療科技提供孕前健康檢查、孕期檢查，及藉由中醫特有的專業知識與臨床經驗，提升本市育齡婦女懷孕與生育的健康照護，並在婦女孕育生命至生產後，因角色變換、生活壓力及內分泌改變，而易產生的情緒低落或心情不穩定等狀況，提供婦女更全面性的心理健康服務，爰提供心理健康篩檢、精神醫療評估、心理諮商、中醫產後身心健康支持，陪伴其度過低潮的時刻，以迎接未來新生活。

另為提升婦女生育意願，兼顧職場發展與自我實現，保障女性選擇權，提供凍卵營養金補助及 AMH 檢驗補助，以建立友善生育環境，促進下一代健康與家庭福祉。

貳、計畫期程：114 年 1 月 1 日起至 114 年 12 月 31 日止。

參、計畫目標：

- 一、提升本市民眾孕前、孕中至產後生育身心健康狀態，及孕期女性與胎兒健康狀態。
- 二、結合中醫醫療提升本市女性懷孕、生育及產後的中醫健康照護。
- 三、提升婦女生育意願，並保障女性生育選擇權。
- 四、建立友善生育環境，促進下一代健康與家庭福祉。
- 五、以預防醫學角度提升新生兒健康狀態及早期發現早期治療。

肆、計畫工作項目：

本計畫分為「健康幸福家庭補助」、「凍卵營養金補助」、「脊髓性肌肉萎縮症篩檢補助」、「孕產婦暨婦女心理健康促進補助」等 4 項子計畫，針對各項計畫服務內容分述如下：

子計畫一、健康幸福家庭補助：

- （一）孕前健康檢查：設籍本市民眾（或配偶設籍於本市之民眾或配偶設籍於本市之尚未取得中華民國身分證之外籍民眾），提供終身 1 次孕前健康檢查服務補助。

1. 男性：尿液檢查、血液常規、梅毒篩檢、愛滋病篩檢、精液分析檢

查等 5 項，每案補助新臺幣（以下同）750 元整。

2. 女性：尿液檢查、德國麻疹抗體、水痘抗體、血液常規、梅毒篩檢、愛滋病篩檢、甲狀腺刺激素、紅斑性狼瘡、糖化血色素等 9 項檢查，每案補助 2,150 元整。

(二) 第一孕期、第二孕期母血唐氏症或 NIPT（非侵入性胎兒染色體檢測）篩檢：設籍本市孕婦（或配偶設籍於本市之尚未取得中華民國身分證之外籍民眾），提供母血唐氏症或 NIPT（非侵入性胎兒染色體檢測）篩檢服務補助，每案補助 2,200 元整，雙胞胎以上每多一胎增加補助 600 元，第一孕期、第二孕期母血唐氏症或 NIPT（非侵入性胎兒染色體檢測）篩檢擇一補助。

1. 第一孕期母血唐氏症篩檢：以超音波檢查胎兒頸部透明帶，並檢測母血妊娠相關血漿蛋白-A（PAPPA）及母血游離型乙型人類絨毛性腺激素（Free β -hCG）推算胎兒唐氏症機率。
2. 第二孕期母血唐氏症篩檢：檢測母血甲型胎兒蛋白 AFP、人類乙型絨毛膜性腺激素 β -HCG、未結合型雌三醇 uE3、抑制素 A InhibinA 推算胎兒唐氏症機率。
3. NIPT（非侵入性胎兒染色體檢測）：母體中殘留胎兒游離的 DNA，透過抽血檢測判斷胎兒染色體異常風險。

(三) 孕期羊膜（或絨毛膜）穿刺檢查：設籍本市孕婦（或配偶設籍於本市之尚未取得中華民國身分證之外籍民眾）且符合國健署優生保健措施減免或補助費用辦法之補助對象，提供孕期羊膜（或絨毛膜）穿刺篩檢服務補助，每案補助 2,000 元整。

(四) 中醫助孕養胎調理：

1. 中醫助孕調理：設籍本市女性（或配偶設籍於本市之女性或配偶設籍於本市之尚未取得中華民國身分證之外籍民眾），提供中醫四診診察醫療諮詢、體質分析辨別、衛教及飲食指導、穴位保健及中藥調理，每次補助 1,200 元，每人每年 2 次。
2. 孕期中醫養胎調理：設籍本市孕婦（或配偶設籍於本市之尚未取得中華民國身分證之外籍民眾），提供中醫四診診察醫療諮詢、體質分析辨別、衛教及飲食指導、穴位保健及中藥調理，每次補助 1,200 元，每人每胎 2 次。

子計畫二、凍卵營養金補助：

(一) 補助對象：

1. 本人（或配偶）設籍本市且 25 至 40 歲女性（終身一次）。
2. 設籍本市 25 歲以下罹癌女性，且經醫師評估因罹癌或治療影響不孕族群（終身一次）。

3. 符合補助對象，且已接受凍卵療程，如因身體因素無法取得卵子，仍得以補助（終身一次）。
4. 當年度 AMH 抽血檢驗與取卵療程不與衛生福利部「體外受精（俗稱試管嬰兒）人工生殖技術補助方案」重複補助。

(二) 補助項目及費用：

1. AMH 抽血檢驗每案補助 1,000 元。
2. 凍卵營養金、凍卵保存費：第 1 年補助 2 萬元凍卵營養金，後續 2 年（第 2 至 3 年）補助各 6,000 元保存相關費用。

子計畫三、脊髓性肌肉萎縮症篩檢補助：

(一) 補助對象：

1. 設籍本市（或配偶設籍本市）懷孕婦女（終身一次）。
2. 設籍本市（或配偶設籍本市）婚後孕前之女性（終身一次）。
3. 本人設籍本市（或配偶設籍本市）且配偶為脊髓性肌肉萎縮症檢驗帶因者（終身一次）。
4. 父母其中一方設籍本市之新生兒（終身一次）。

(二) 補助項目及費用：

1. 針對婚後孕前之女性、懷孕婦女及配偶為脊髓性肌肉萎縮症檢驗帶因者，補助脊髓性肌肉萎縮症篩檢 1,000 元。
2. 針對新生兒，補助脊髓性肌肉萎縮症篩檢 300 元。

子計畫四、孕產婦暨婦女心理健康促進補助：

(一) 婦女心理健康篩檢：

1. 補助對象：

- (1) 孕期中、產後 6 個月內、流產（自然或人工）12 個月內之婦女施測桃園市政府婦幼發展局（以下簡稱本局）提供之「愛丁堡產後憂鬱症評估量表」（EPDS）表單。
- (2) 不孕困擾、罹患癌症之婦女施測本局提供之「簡式健康量表」（BSRS-5）表單。
- (3) 協助有意願接受本局委託執行婦幼心理關懷服務單位的關懷訪視人員電訪關懷之婦女填寫轉介單（附件 1）並以傳真或電子郵件至本局。

2. 補助項目、額度及標準：

- (1) 補助每份問卷執行或個案轉介費 100 元。
- (2) 孕期中、產後 6 個月內、流產（自然或人工）12 個月內、不孕困擾、罹患癌症之婦女，各類身分別可分開補助，以各 1 次為限。
- (3) 執行問卷或轉介合併計之，每達 100 名婦女之醫療院所，額外

補助醫療院所 1 萬元獎勵費用，以鼓勵第一線人員。

3. 機構應配合事項及規範：提供婦女進行各類篩檢量表施測時，需協助進行心理健康相關衛教並發放本局製作之宣導單張，針對量表分數較高（大於 13 分）者，需協助告知「由於檢測分數較高，後續將有桃園市政府婦幼發展局委託執行婦幼心理關懷服務單位的關懷訪視人員撥打電話關心您近況」，若分數較低且評估無風險情形，請協助進行本局計畫資源簡介等事宜。

(二) 精神醫療評估：

1. 補助對象：

- (1) 本人或配偶設籍本市之孕期中、產後 6 個月內、流產（自然或人工）12 個月內、不孕困擾之婦女。
- (2) 本人設籍本市之罹患癌症之婦女。
- (3) 本局轉介或經第一線服務人員評估其有需求而轉介之婦女。

2. 補助項目、額度及標準：

- (1) 補助每案評估費 1,200 元。
- (2) 孕期中、產後 6 個月內、流產（自然或人工）12 個月內、不孕困擾、罹患癌症之婦女，各類身分別可分開補助，以各 1 次為限。

3. 機構應配合事項及規範：

- (1) 針對孕期中、產後 6 個月內、流產（自然或人工）12 個月內、不孕困擾及癌症之婦女，由精神專科醫師進行個案心理狀態、精神症狀、暴力、自殺危險程度等評估、協助就醫、轉介相關資源等。
- (2) 孕期中、產後 6 個月內之婦女：應檢視申請者出示個人或配偶之身分證，確認是否設籍於本市，另可檢視孕產婦健康手冊或其他可證明文件，確認補助期限內（孕期中至產後 6 個月內）之身分。
- (3) 流產（自然或人工）12 個月內、不孕困擾之婦女：應檢視申請者出示個人或配偶之身分證，確認是否設籍於本市，另可檢視醫師診斷證明或其他可證明文件。
- (4) 罹患癌症之婦女：應檢視申請者出示個人之身分證，確認是否設籍於本市，另可檢視重大傷病卡或其他可證明文件。
- (5) 本局將優先轉介高風險個案，合約醫療機構應優先協助安排本局轉介個案，以協助穩定個案情形。
- (6) 評估方式得以視訊方式執行。
- (7) 於方案結束時，邀請補助對象以匿名填答本局提供之方案線上

滿意度調查表。

(三) 心理諮商：

1. 補助對象：

- (1) 本人或配偶設籍本市之孕期中、產後 6 個月內、流產（自然或人工）12 個月內、不孕困擾之婦女。
- (2) 本人設籍本市之罹患癌症之婦女。
- (3) 本局轉介或經第一線服務人員評估其有需求而轉介之婦女。

2. 補助項目、額度及標準：

(1) 補助項目：

- A. 個別諮商：每次補助費用 2,000 元，諮商時間至少 40 分鐘以上。
- B. 伴侶/家庭諮商：每次補助費用 4,000 元，諮商時間至少 80 分鐘以上。
- C. 團體諮商：每次補助費用 420 元，諮商時間至少 60 分鐘以上，每團人數 4 至 12 人為原則。

(2) 補助額度：

- A. 補助每案服務費合計 9,000 元，但若經精神科醫師或心理師評估有必要者，得再增加 4,000 元補助額度，每案補助以 1 萬 3,000 元為限。
- B. 孕期中、產後 6 個月內、流產（自然或人工）12 個月內、不孕困擾、罹患癌症之婦女，各類身分別可分開補助，以各 1 次為限。
- C. 本方案補助項目僅限自費之「心理諮商費用」，不含心理諮商機構之掛號費或其他費用，又心理諮商機構所訂單次個人「心理諮商費用」、配偶「心理諮商費用」及團體「心理諮商費用」高於補助者，不可向民眾收取額外費用。

3. 機構應配合事項及規範：

- (1) 孕期中、產後 6 個月內之婦女：應檢視申請者出示個人或配偶之身分證，確認是否設籍於本市，另可檢視孕產婦/兒童健康手冊或其他可證明文件，確認補助期限內（孕期中至產後 6 個月內）之身分。
- (2) 流產（自然或人工）12 個月內、不孕困擾之婦女：應檢視申請者出示個人或配偶之身分證，確認是否設籍於本市，另可檢視醫師診斷證明或其他可證明文件。
- (3) 罹患癌症之婦女：應檢視申請者出示個人之身分證，確認是否設籍於本市，另可檢視重大傷病卡或其他可證明文件。

- (4) 本方案限由精神科醫師及心理師執行，且應於執行前向補助對象介紹本方案內容，並請其簽署知情同意書暨個人資料蒐集同意書後，依其參與本方案意願申請經費補助，完成簽署之同意書，機構應掃描或拍照留存，並交由補助對象收執。
- (5) 本局將優先轉介高風險個案，合約醫療機構應優先協助安排本局轉介個案，以協助穩定個案情形。
- (6) 執行人員應對補助對象之求助問題及其心理健康疾病識能進行評估，應提供適切之醫療處置，倘限於診療技術不足，應即時轉介補助對象至合適醫療院所。
- (7) 補助對象於填寫簽署知情同意書暨個人資料蒐集同意書時一同載明伴侶之姓名及身分證字號，後續若經執行單位評估進行伴侶諮商時，以此作為資格證明。
- (8) 補助對象若經精神科醫師或心理師評估有必要延長服務，需填妥延長申請心理諮商評估表（附件 2），函文至本局申請審核，通過後始得延長。
- (9) 於方案結束時，邀請補助對象以匿名填答本局提供之方案線上滿意度調查表。
- (10) 本局基於業務職掌及為審核本方案執行情形需要，得進行實地查核，並抽查本方案之受補助名冊與相關紀錄，機構應予配合。
- (11) 心理諮商機構執行通訊心理諮商，應另依下列規定辦理：
 - A. 提供通訊心理諮商服務之機構應符合以下條件之一：
 - (A) 依據「心理師執行通訊心理諮商業務核准作業參考原則」，擬具通訊心理諮商業務實施計畫，並經本府衛生局核准者，才可執行通訊心理諮商服務。
 - (B) 依據衛生福利部 110 年 5 月 17 日衛部醫字第 1101663441 號函及 110 年 7 月 23 日衛部醫字第 1101665108 號函示，經本府衛生局指定辦理通訊診察治療之醫療機構。
 - B. 除請補助對象簽署本方案之知情同意書暨個人資料蒐集同意書外，應另訂定詳盡之通訊心理諮商知情同意書，並向補助對象詳細說明所有通訊心理諮商之風險及益處。
 - C. 於進行通訊心理諮商前，為確認是否符合補助資格，請補助對象出示個人證件，並告知會拍照留存。

(四) 中醫產後身心健康支持：

1. 補助對象：

- (1) 本人或配偶設籍本市之產後 6 個月內、流產（自然或人工）12 個月內之婦女。
- (2) 本局轉介或經第一線服務人員評估其有需求而轉介之婦女。

2. 補助項目、額度及標準：

- (1) 補助費用每次 1,200 元，每案補助以 4 次為限。
- (2) 產後 6 個月內、流產（自然或人工）12 個月內之婦女，各類身分別可分開補助，以各 1 次為限。
- (3) 提供中醫四診診察、體質分析辨別、產後及新生兒照護衛教、飲食指導、藥膳調理或其他經醫師評估之項目。

3. 機構應配合事項及規範：

- (1) 產後 6 個月內之婦女：應檢視申請者出示個人或配偶之身分證，確認是否設籍於本市，另可檢視兒童健康手冊或其他可證明文件，確認補助期限內（產後 6 個月內）之身分。
- (2) 流產（自然或人工）12 個月內之婦女：應檢視申請者出示個人或配偶之身分證，確認是否設籍於本市，另可檢視醫師診斷證明或其他可證明文件。
- (3) 本局將優先轉介高風險個案，合約醫療機構應優先協助安排本局轉介個案，以協助穩定個案情形。
- (4) 執行人員應對補助對象之求助問題及其心理健康疾病識能進行評估，應提供適切之醫療處置，倘限於診療技術不足，應即時轉介補助對象至合適醫療院所。
- (5) 於方案結束時，邀請補助對象以匿名填答本局提供之方案線上滿意度調查表。

伍、合約機構應具備資格及相關證明文件：

(一) 孕前健康檢查：

1. 開業執照。
2. 婦產科醫師或家庭醫學科醫師執業執照。
3. 醫事檢驗師執業執照或配合之檢驗機構合約影本。

(二) 第一孕期、第二孕期母血唐氏症篩檢：

1. 開業執照。
2. 婦產科醫師執業執照及合格超音波技術員證明文件。
3. 醫事檢驗師執業執照或配合之檢驗機構合約影本。

(三) 孕期羊膜（或絨毛膜）穿刺檢查：

1. 開業執照。

2. 婦產科醫師執業執照。

(四)非侵入性胎兒染色體檢測 (NIPT)、脊髓性肌肉萎縮症篩檢 (SMA)：

1. 開業執照。

2. 婦產科醫師執業執照。

3. 衛生福利部核定實驗室開發檢測計畫經桃園市政府衛生局登記回函 (檢測項目類別為產前及新生兒染色體與基因變異檢測—NIPT 檢測/SMA 篩檢)。

4. 桃園市政府衛生局自費項目核定函 (NIPT 檢測/SMA 檢驗項目)。

5. 醫事檢驗師執業執照或配合之檢驗機構合約影本。

(五)凍卵營養金補助：

1. 開業執照。

2. 衛生福利部許可之人工生殖機構證明文件。

3. 婦產科醫師執業執照。

4. 桃園市政府衛生局自費項目核定函 (AMH 檢驗項目、冷凍卵子項目)。

5. 醫事檢驗師執業執照或配合之檢驗機構合約影本。

(六)婦女心理健康篩檢：

1. 開業執照。

2. 本市登記在案之婦幼醫院、設有婦產科之醫院、婦產科診所。

3. 本市登記在案之產後護理機構。

4. 本市登記在案之醫療 (事) 機構。

(七)精神醫療評估：

1. 開業執照。

2. 精神專科醫師執業執照。

(八)心理諮商：

1. 開業執照。

2. 心理師執業執照。

(九)中醫健康照護 (含助孕、養胎、產後身心健康支持)：

1. 開業執照。

2. 醫師執業執照。

3. 113 年起接受本局安排之中醫助孕養胎暨產後身心健康支持相關課程教育訓練並經考試合格者。

陸、補助申請方式：

(一) 合約機構予以民眾充分解說、諮詢有關本計畫之相關重要資訊，並提供填寫個案檢查資料後，方能進行補助服務。

(二) 辦理孕前健康檢查、第一孕期、第二孕期母血唐氏症篩檢、孕期羊膜

(或絨毛膜) 穿刺檢查、非侵入性胎兒染色體檢測 (NIPT)、脊髓性肌肉萎縮症成人帶因篩檢 (SMA) 項目，確認檢查者是否符合補助條件，每月 10 日前至健康促進整合資訊系統鍵入補助清冊 (NIPT 檢測服務資料、脊髓性肌肉萎縮症篩檢 (SMA) 服務資料另行提供電子檔清冊)，並檢附核銷資料送本局審核及辦理請款手續，由本局核撥補助金額予合約機構，應檢附資料如下：

1. 上月份個案切結書暨同意書 (附件 3)
2. 領據 (附件 4)
3. 補助款申領清單 (附件 5)
4. NIPT 申領清單 (附件 6)
5. SMA 成人帶因篩檢申領清單
6. 檢驗報告單副本
7. 個案之身分證影本

(三) 辦理脊髓性肌肉萎縮症新生兒篩檢 (SMA) 項目，確認檢查者是否符合補助條件，每月 10 日前至系統鍵入補助清冊，並檢附申請清單送本局審核，應檢附資料如下：

1. 上月份個案切結書暨同意書 (附件 3)
2. SMA 新生兒申請清單

(四) 辦理婦女心理健康篩檢，每月 10 日前檢附核銷資料送本局審核及辦理請款手續，由本局核撥補助金額予合約機構，應檢附資料如下：

1. 領據 (附件 4)
2. 個案填答問卷/轉介之申領清單 (需有機構簽章) (附件 7)

(五) 辦理精神醫療評估，每月 10 日前檢附核銷資料送本局審核及辦理請款手續，由本局核撥補助金額予合約機構，應檢附資料如下：

1. 領據 (附件 4)
2. 精神醫療評估申領清單 (需有機構簽章) (附件 8)
3. 精神醫療評估表 (附件 9)

(六) 辦理心理諮商，每月 10 日前檢附核銷資料送本局審核及辦理請款手續，由本局核撥補助金額予合約機構，應檢附資料如下：

1. 知情同意書暨個人資料蒐集同意書 (附件 10)
2. 領據 (附件 4)
3. 心理諮商申領清單 (需有機構簽章) (附件 11)
4. 心理諮商明細表 (附件 12)
5. 使用團體諮商者檢附簽到單 (附件 13)
6. 使用通訊心理諮商者各次出示證件之視訊畫面或截圖

(七)中醫健康照護(含助孕、養胎、產後身心健康支持):

1. 符合資格民眾，以掛號郵寄或親送至本局，或至桃園市政府網路E指通線上申辦，並檢附下列資料：
 - (1) 中醫助孕養胎暨中醫產後身心健康支持補助申請書(附件14)。
 - (2) 孕前助孕調理：申請者身分證反面影本、申請者(女方)倘配偶設籍本市，需檢附夫妻雙方身分證正反面影本。
 - (3) 孕期養胎調理：申請者身分證正反面影本、孕婦健康手冊封面及內頁可供懷孕證明之產前檢查紀錄影本。
 - (4) 產後身心健康支持：申請者身分證反面影本、申請者(女方)倘配偶設籍本市，需檢附夫妻雙方身分證正反面影本，並提供可檢視之：
 - A. 產後6個月內之婦女：兒童健康手冊或其他可證明為產後6個月內文件。
 - B. 流產(自然或人工)12個月內之婦女：醫師診斷證明或其他可證明文件。
2. 經本局審核後，提供民眾桃園市婦女中醫健康照護服務紀錄卡、線上滿意度調查表及合約醫療院所中醫師名單，民眾持中醫健康照護服務紀錄卡至本市各合約醫療院所接受調理補助。
3. 合約機構每月10日前檢附核銷資料送本局審核及辦理請款手續，由本局核撥補助金額予合約機構，應配合辦理事項及檢附項目如下：
 - (1) 中醫助孕養胎：每月10日前至健康促進整合資訊系統鍵入補助清冊，並檢附上月份桃園市婦女中醫健康照護服務回覆單(附件15)、領據(附件4)、補助款申領清單(附件16)。
 - (2) 中醫產後身心健康支持：檢附上月份桃園市婦女中醫健康照護服務回覆單、領據(附件4)、補助款申領清單(附件17)。

(八)如有費用申報不實、健保卡與本人不符、費用申報與病歷記載或服務提供不符、不正當方法招攬民眾提供服務等之情事，或相關表單之記載虛偽不實或其他違反醫療相關法規者，本局依約追繳費用，並得終止辦理本補助服務方案之資格。

(九)本局得隨時抽查合約醫療院所有關本補助計畫之相關資料，以醫療院所督導考核維持服務品質，如未依合約執行，經勸導後仍未改善，得隨時通知醫療院所終止合約。

(十)各項目補助人數及金額得互為勻用至經費用罄為止。

(十一)各補助項目配合本局會計年度結算作業辦理核銷，後續函文通知各醫療院所配合辦理。

114 年桃園市婦女健康整合型計畫
孕產婦暨婦女心理健康促進補助
轉介單

轉介日期： 年 月 日

一、轉介單位聯繫資訊				
轉介單位			聯絡方式	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 傳真 <input type="checkbox"/> E-mail
轉介者	職稱		聯絡電話	
E-mail			傳真	
二、個案基本資料				
個案姓名			身分別	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 外籍人士
身分證字號			出生年月日	年 月 日 (____歲)
個案類別	<input type="checkbox"/> 孕期中 <input type="checkbox"/> 產後 6 個月內 <input type="checkbox"/> 癌症 (癌別: _____) <input type="checkbox"/> 流產 <input type="checkbox"/> 不孕困擾			
教育程度	<input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大專 <input type="checkbox"/> 碩士以上			
就業狀態	<input type="checkbox"/> 就業中 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 待業 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
婚姻	<input type="checkbox"/> 單身/未婚 <input type="checkbox"/> 已婚/同居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶			
分娩日期：	年 月 日	胎次	<input type="checkbox"/> 第一胎 <input type="checkbox"/> 第二胎 <input type="checkbox"/> 第三胎 <input type="checkbox"/> 三胎以上	
聯絡電話				
聯絡地址	縣市 鄉鎮區 里村 路街 段 巷 鄰 弄 號 樓之			
家屬聯絡人	聯絡人電話		關係	
三、服務申請 (轉介) 需求				
申請項目	<input type="checkbox"/> 心理諮商 <input type="checkbox"/> 精神醫療評估 <input type="checkbox"/> 中醫診療調理 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
申請轉介原因	<input type="checkbox"/> 自我探索 <input type="checkbox"/> 情緒困擾 <input type="checkbox"/> 生涯議題 <input type="checkbox"/> 職場壓力 <input type="checkbox"/> 失落悲傷 <input type="checkbox"/> 感情困擾 <input type="checkbox"/> 人際關係 <input type="checkbox"/> 性別關係 <input type="checkbox"/> 家庭困擾 <input type="checkbox"/> 親子關係 <input type="checkbox"/> 夫妻關係 <input type="checkbox"/> 哺乳情況 <input type="checkbox"/> 產後照護困擾 <input type="checkbox"/> 育兒困擾 <input type="checkbox"/> 睡眠困擾 <input type="checkbox"/> 生理疾病困擾 <input type="checkbox"/> 癌症疾病適應 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
其他個案相關重要資訊				

★ 填寫完畢後請傳真至桃園市政府婦幼發展局健康管理科03-333-3148，並電話確認是否完成收件 (03-332-2101分機5906)，或以電子郵件傳送掃描檔至10026463@mail.tycg.gov.tw 鄭小姐。

轉介單位： _____ (請蓋職章或簽章)

114 年桃園市婦女健康整合型計畫
孕產婦暨婦女心理健康促進補助
展延申請心理諮商評估表

個案姓名：_____			
身份： <input type="checkbox"/> 孕期中 <input type="checkbox"/> 產後 6 個月內 <input type="checkbox"/> 流產 12 個月內 <input type="checkbox"/> 不孕困擾 <input type="checkbox"/> 罹患癌症			
服務心理諮商所：_____（單位內案號：_____）			
服務心理師姓名：_____ <input type="checkbox"/> 諮商心理師 <input type="checkbox"/> 臨床心理師			
● 晤談主訴（可複選）			
<input type="checkbox"/> 孕程調適 <input type="checkbox"/> 產後適應 <input type="checkbox"/> 情緒調節 <input type="checkbox"/> 身心困擾 <input type="checkbox"/> 親子關係 <input type="checkbox"/> 伴侶與親密關係			
<input type="checkbox"/> 家庭關係 <input type="checkbox"/> 工作職場 <input type="checkbox"/> 生涯發展 <input type="checkbox"/> 人際互動 <input type="checkbox"/> 多元性別相關			
<input type="checkbox"/> 其他：			
● 展延評估：（可包含行為觀察、家庭背景、情緒或身心狀況…等）			
● 後續處遇計畫：（展延後預計協助方向）			
評估心理師 簽章		評估 日期	年 月 日
評估單位 簽章			

114 年桃園市婦女健康整合型計畫
健康幸福家庭補助/脊髓性肌肉萎縮症篩檢補助
切結書暨同意書

一、本人 _____ 參加桃園市政府辦理之健康幸福家庭補助計畫/脊髓性肌肉萎縮症篩檢補助計畫，同意遵守該局本計畫之規定，如有違反，經查證屬實，所接受之健康檢查或篩檢項目，將不予補助，並願繳還已領受之補助費用。

二、本人已充分了解本計畫補助項目，同意接受下列服務及補助，並切結如下（請擇一勾選）：

孕前健康檢查（終身 1 次）：本人未曾接受此補助。

唐氏症篩檢（每胎 1 次）：第一孕期、第二孕期母血唐氏症篩檢或 NIPT（非侵入性胎兒染色體檢測）擇一補助。

孕期羊膜（或絨毛膜）穿刺檢查（每胎 1 次）。

脊髓性肌肉萎縮症篩檢補助-新生兒。

脊髓性肌肉萎縮症篩檢補助-成人。

三、本人同意桃園市政府為公共衛生及健康福利等相關作業用途，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。

立書人：

身分證/居留證統一編號：

通訊住址：

四、身分證/居留證影本黏貼處：

申請人身分證/居留證 正面影本	申請人身分證/居留證 背面影本
--------------------	--------------------

中華民國

年

月

日

《背面尚有黏貼處》

申請人配偶身分證/居留證
正面影本

申請人配偶身分證/居留證
背面影本

附件 4_領據

茲領到 年 月份「(請自行填寫計畫名稱)」補助款計
新臺幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整
此致 桃園市政府婦幼發展局

醫院(診所)名稱：

(請寫全名及蓋機關章)

主辦人員：_____ (請蓋職章)

出納人員：_____

會計人員：_____

院 長：_____

註：私立醫院(診所)如無會計出納人員可免簽章

統一編號：

聯絡電話：() _____

掛號信收件地址：() _____

銀行分行別：_____ 金融帳號：_____ 戶名：_____

中華民國 年 月 日

第一聯(領據一式二聯，請分別用印，依規定粘貼千分之四印花稅款於第一聯背面)

茲領到 年 月份「(請自行填寫計畫名稱)」補助款計
新臺幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整
此致 桃園市政府婦幼發展局

醫院(診所)名稱：

(請寫全名及蓋機關章)

主辦人員：_____ (請蓋職章)

出納人員：_____

會計人員：_____

院 長：_____

註：私立醫院(診所)如無會計出納人員可免簽章

統一編號：

聯絡電話：() _____

掛號信收件地址：() _____

銀行分行別：_____ 金融帳號：_____ 戶名：_____

中華民國 年 月 日

第二聯(領據一式二聯，請分別用印，依規定粘貼千分之四印花稅款於第一聯背面)

附件 5_補助款申領清單

114 年桃園市婦女健康整合型計畫

健康幸福家庭補助 (孕前、孕期)

○○診所○○年○○月○○份補助款申領清單

編號	基本資料							檢查日期	檢查項目及結果									補助金額 (元)	異常結果建議處置				
	姓名	身分證字號	出生年月日	年齡	配偶姓名	性別	國籍		戶籍地	孕前			孕期			第一孕期母血唐氏症				第二孕期母血唐氏症			
										男性		女性	羊膜穿刺	絨毛膜	是否為雙胞胎	唐氏症機率值	唐氏症風險			是否為雙胞胎	唐氏症機率值	唐氏症風險	是否為雙胞胎
										尿液	血液	精液											
1	範例 1	H222X XXXXX	076/0 1/01	00	000	女	本國	00 區	110/09/0 1	-	-	-	-	-	正常	-	-	否	-	-	-	2,000	
2	範例 2	H222X XXXXX	074/0 1/02	00	000	女	本國	00 區	110/09/0 2	-	-	-	-	-	-	1/3029	正常	否				2,200	
3	範例 3	H222X XXXXX	075/0 1/02	00	000	女	本國	00 區	110/09/0 3	-	-	-	-	-	-				1/2701	正常	否	2,200	
<p>共計孕前檢查 0 人 (男性 0 人, 女性 0 人)。 孕期檢查 1 人。 第一孕期母血唐氏症 1 人。 第二孕期母血唐氏症 1 人。 補助金額 : 6400 元。</p>												製表人 (請簽章)											

附件 6_NIPT 申領清單

114 年桃園市婦女健康整合型計畫														
健康幸福家庭補助 (NIPT 非侵入性胎兒染色體檢測篩檢)														
○○診所○○年○○月○○份補助款申領清單														
編號	基本資料								檢查日期	檢查項目及結果			補助金額 (元)	異常結果建議處置
	姓名	身分證字號	出生年月日	年齡	配偶姓名	性別	國籍	戶籍地		NIPT (非侵入性胎兒染色體檢測)				
										正常	異常	是否為雙胞胎		
1	範例 1	H222xxxxx x	076/01/ 01	00	000	女	本國	00 區	110/09/01	■	-	否	2,200	
2	範例 2	H222xxxxx x	074/01/ 02	00	000	女	本國	00 區	110/09/02	■	-	否	2,200	
共計 NIPT (非侵入性胎兒染色體檢測) 篩檢 2 人。 補助金額：4,400 元。									製表人 (請簽章)					

附件7_個案填答問卷/轉介之申領清單

114年桃園市婦女健康整合型計畫
孕產婦暨婦女心理健康促進補助
個案填答問卷/轉介之申領清單

申請機構名稱：

年/月份： 年 月

序號	篩檢日期	篩檢分數	身分別	姓名	身分證號
1					
2					
3					
4					

(可自行增加欄位)

製表人：(請簽名或蓋章)

機構負責人：(請簽名或蓋章)

註1：核銷時請送此清單正本，並蓋機構簽章為核銷憑據。

附件8_精神醫療評估申領清單

114年桃園市婦女健康整合型計畫
孕產婦暨婦女心理健康促進補助
精神醫療評估申領清單

申請機構名稱：

年/月份： 年 月

序號	姓名	身分證號	評估日期	評估結果	處置方式	醫師姓名	執業執照字號
1							
2							
3							
4							

(可自行增加欄位)

製表人：(請簽名或蓋章)

機構負責人：(請簽名或蓋章)

註1：核銷時請送此清單正本及精神評估表正本為核銷憑據。

114年桃園市婦女健康整合型計畫
孕產婦暨婦女心理健康促進補助
精神醫療評估表

個案姓名：

身分證號碼：

身分：孕期中 產後6個月內 癌症 流產 不孕困擾

婚姻狀況：已婚 離婚 未婚 分娩日期： 年 月 日

懷孕第幾胎：第一胎第二胎第三胎三胎以上

被評估者簽名：

評估日期： 年 月 日 時 分～ 時 分

評估方式：面對面 視訊評估

一、本次評估目標：

- 1. 建立關係 2. 家族互動的評估 3. 精神症狀的評估與處理
- 4. 自殺風險、失眠的評估與處理 5. 建立病人的病識感
- 6. 提供病人或家屬精神疾病、心理調適相關衛生教育（包含精神疾病的介紹、心理調適的介紹、藥物認識、藥物副作用檢視等）
- 7. 診斷未確立，須建立診斷與討論就醫形式 8. 診斷已確立，但未規則就醫，須討論就醫形式 9. 其他：_____

二、精神狀態檢查：

- 1、一般外觀、儀表及態度：正常好辯論過分禮貌幼稚順從多疑疏離
儀表不整敵視神經質其他：
- 2、意識：清醒想睡呆僵混亂起伏不定譫妄其他：
- 3、情感：適當憂鬱緊張焦慮害怕生氣激動冷漠矛盾過份高興
其他：
- 4、言語：正常思考中斷迂迴答非所問音韻連結多話語無倫次
其他：
- 5、行為：正常激躁不安攻擊行為自我傷害行為遲滯作態行為
自言自語重覆動作其他：
- 6、思想：正常關係妄想被害妄想誇大妄想忌妒妄想思考貧乏思想被聽到自殺意念強迫意念慮病無法測知其他：

7、知覺：正常視幻覺聽幻覺無法測知其他：

8、一般智能：

(1) 定向感正常人物障礙無法測知其他：

(2) 計算能力正常不佳無法測知其他：

(3) 記憶力正常立即記憶障礙近事記憶障礙遠事記憶障礙
無法測知其他：

(4) 注意力集中分散無法測知其他：

(5) 一般常識正常受損無法測知其他：

(6) 判斷力正常受損無法測知其他：

(7) 病識感有部分有無無法測知其他：

9、其他：

三、簡式健康量表

1. 睡眠困難，譬如難以入睡，易醒或早醒：

0分-完全沒有 1分-輕微 2分-中等程度 3分-厲害4分-非常厲害

2. 感覺緊張不安：

0分-完全沒有 1分-輕微 2分-中等程度 3分-厲害4分-非常厲害

3. 覺得容易苦惱或動怒：

0分-完全沒有 1分-輕微 2分-中等程度 3分-厲害4分-非常厲害

4. 感覺憂鬱、心情低落：

0分-完全沒有 1分-輕微 2分-中等程度 3分-厲害4分-非常厲害

5. 覺得比不上別人：

0分-完全沒有 1分-輕微 2分-中等程度 3分-厲害4分-非常厲害

★有自殺的想法：

0分-完全沒有 1分-輕微 2分-中等程度 3分-厲害4分-非常厲害

說明：「有無自殺想法」單項評分，本題為附加題，若前5題總分小於6分，但本題評分為2分以上時，建議至精神科就診。

★請補充說明個案是否有下列情形：自殺行為 自殺意念

若個案實際有自殺行為（自殺企圖），請依自殺防治法，逕至「衛福部自殺防治通報系統」進行線上通報作業。

總分： BSRS 未完成或未詢問原因說明：

四、使用藥物：無有：遵醫囑合作度 不合作 0 1 2 3 4 5 6 7 合作

藥物名稱：

五、會談摘要（包括自殺意念引發原因、個案概況、評估配合度及情緒處理技巧等）：

六、評估結果：

1. 已改善2. 尚不須精神醫療介入3. 情緒低落 4. 焦慮症5. 恐慌症

6. 強迫症7. 憂鬱症：孕期 產後 罹癌

8. 其他：

七、醫師處置方式：

1. 尚不須精神醫療介入2. 已提供衛教指導

3. 已安排門診追蹤/藥物治療（院所：_____）

4. 已安排心理諮商（院所：_____）

5. 住院治療，並已開立轉診單（院所：_____）

八、轉介婦幼發展局建議處置方式

1. 尚不須婦幼發展局介入2. 繼續電話關懷訪視 3. 建議媒合心理諮商

4. 建議搭配中醫診療調理 5. 其他：

評估者：

（請蓋職章）

★ 若有勾選轉介婦幼發展局建議處置方式者，後續將有專人與您聯繫。

★ 如有相關問題，請撥打桃園市政府婦幼發展局03-3322101分機5906洽詢。

114年桃園市婦女健康整合型計畫
孕產婦暨婦女心理健康促進補助
心理諮商知情同意暨個人資料蒐集同意書

本人_____在經過心理諮商機構說明後，瞭解心理諮商服務之內容、風險、益處，以及相關權益及規範後，同意參與桃園市政府婦幼發展局114年「桃園市婦女健康整合型計畫」，接受心理諮商服務，若接受之服務為通訊心理諮商，應於進行通訊心理諮商前於鏡頭前出示身分證、孕產婦健康手冊、重大傷病卡或其他可證明文件，並同意機構拍照保存該畫面以利後續核銷事宜。此外，也願意遵守桃園市政府婦幼發展局之規定：

- (1) 無重複至其他機構接受相同補助之情事，如有不實，願意繳回重複申請補助之款項。
- (2) 對於已排定或已預約之心理諮商，如連續2次無故未依約接受心理諮商，將取消補助資格90天。
- (3) 配偶/主要照顧者姓名_____及身分證字號_____，後續若經執行單位評估進行配偶心理諮商時，以此作為配偶之資格證明，未載明者則無法使用配偶諮商。

桃園市政府婦幼發展局及_____（精神醫療機構或心理諮商機構）針對上開本人各項資料，應妥為保管，本人依個人資料保護法第3條規定，保留隨時取消本同意書之權利。

精神醫療機構或
心理諮商機構：

立書人：

身分證字號：

說明人員：

地址：

電話：

◇ 若需變更預約心理諮商時間，請撥打_____（心理諮商機構聯繫電話）。

桃園市政府婦幼發展局 關心您！

**114年桃園市婦女健康整合型計畫
孕產婦暨婦女心理健康促進補助
心理諮商申領清單**

申請機構名稱：

年/月份： 年 月

序號	姓名	身分證號	合計金額	已申請金額	本次申請金額	第1次日期	第2次日期	第3次日期	第4次日期	第5次日期 <small>註2</small>	第6次日期 <small>註2</small>	是否結案	諮商師姓名	執業執照字號
1														
2														
金額總計														

(可自行增加欄位)

製表人：(簽名或蓋章)

機構負責人：(簽名或蓋章)

註1：核銷時請函送此服務清單正本。

註2：執行前須先函文向婦幼發展局提出延長申請作業。

註3：結案前請個案匿名填答滿意度調查表，並依結案人數檢具完成填答之滿意度調查表，若因故未填答者請註明。

114年桃園市婦女健康整合型計畫
孕產婦暨婦女心理健康促進補助
心理諮商明細表

姓名：

身分證號：

是否為婦幼發展局轉介個案：是否

是否已完成檢視補助身分：是否

身分：孕期中產後6個月內癌症 流產不孕困擾

機構名稱：

是否填寫「知情同意暨個人資料蒐集同意書」：是否

第 1 次	第 2 次
日期：	日期：
執行方式： <input type="checkbox"/> 面對面 <input type="checkbox"/> 通訊心理諮商	執行方式： <input type="checkbox"/> 面對面 <input type="checkbox"/> 通訊心理諮商
諮商類型： <input type="checkbox"/> 個別諮商 <input type="checkbox"/> 配偶諮商 <input type="checkbox"/> 團體諮商（團體諮商者需檢附簽到單）	諮商類型： <input type="checkbox"/> 個別諮商 <input type="checkbox"/> 配偶諮商 <input type="checkbox"/> 團體諮商（團體諮商者需檢附簽到單）
心理諮商服務提供人員簽章：	心理諮商服務提供人員簽章：
申請者簽章：	申請者簽章：
<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 主要照顧者簽章：	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 主要照顧者簽章：

第 3 次	第 4 次
日期：	日期：
執行方式： <input type="checkbox"/> 面對面 <input type="checkbox"/> 通訊心理諮商	執行方式： <input type="checkbox"/> 面對面 <input type="checkbox"/> 通訊心理諮商
諮商類型： <input type="checkbox"/> 個別諮商 <input type="checkbox"/> 配偶諮商 <input type="checkbox"/> 團體諮商（團體諮商者需檢附簽到單）	諮商類型： <input type="checkbox"/> 個別諮商 <input type="checkbox"/> 配偶諮商 <input type="checkbox"/> 團體諮商（團體諮商者需檢附簽到單）
心理諮商服務提供人員簽章：	心理諮商服務提供人員簽章：
申請者簽章：	申請者簽章：
<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 主要照顧者簽章：	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 主要照顧者簽章：
第 5 次	第 6 次
日期：	日期：
執行方式： <input type="checkbox"/> 面對面 <input type="checkbox"/> 通訊心理諮商	執行方式： <input type="checkbox"/> 面對面 <input type="checkbox"/> 通訊心理諮商
諮商類型： <input type="checkbox"/> 個別諮商 <input type="checkbox"/> 配偶諮商 <input type="checkbox"/> 團體諮商（團體諮商者需檢附簽到單）	諮商類型： <input type="checkbox"/> 個別諮商 <input type="checkbox"/> 配偶諮商 <input type="checkbox"/> 團體諮商（團體諮商者需檢附簽到單）
心理諮商服務提供人員簽章：	心理諮商服務提供人員簽章：
申請者簽章：	申請者簽章：
<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 主要照顧者簽章：	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 主要照顧者簽章：

註 1：結案前請個案匿名填答滿意度調查表，並依結案人數檢具完成填答之滿意度調查表。

附件13_團體諮商簽到單

114年桃園市婦女健康整合型計畫

孕產婦暨婦女心理健康促進補助

團體諮商簽到單

日期：

團體名稱：

次數：

項次	姓名	簽到
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

桃園市市民接受中醫 (<input type="checkbox"/> 助孕 <input type="checkbox"/> 養胎 <input type="checkbox"/> 產後) 調理補助申請表					
					申請日期: 年 月 日
姓名		出生日期		聯絡電話	(住家) (行動)
身分證/居留證號碼		婚姻狀態	<input type="checkbox"/> 結婚 日期: <input type="checkbox"/> 未婚	健康史	<input type="checkbox"/> 尚未生育過第 1 胎 <input type="checkbox"/> 目前懷孕中, 第 _____ 胎
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:)
戶籍地址					
通訊地址					
配偶 (未婚免填)		出生日期		聯絡電話	(住家) (行動)
申請項目 (單選)	<input type="checkbox"/> 孕前中醫助孕調理 (補助資格: 設籍本市女性 (或配偶設籍本市之女性或配偶設籍本市之尚未取得中華民國身分證之外籍民眾) <input type="checkbox"/> 孕期中醫養胎調理 (補助資格: 設籍本市孕婦或配偶設籍本市尚未取得身分證之外國籍民眾) <input type="checkbox"/> 產後中醫調理 (補助資格: 本人或配偶設籍本市之產後 6 個月內、流產 (自然或人工) 12 個月內之婦女)				
本人參加桃園市政府辦理之桃園市孕產婦健康管理整合計畫, 同意遵守該局本計畫之規定, 如有違反, 經查證屬實, 除追繳已申請之費用外, 並得終止補助。切結事項如下:					
1、 本人確實未重覆申請本計畫同項目之補助。(中醫孕前助孕每人每年得申請 1 次, 中醫孕期養胎每人每胎得申請 1 次, 中醫產後每人每胎得申請 1 次) 2、 本人同意婦幼發展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。 3、 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。					
立書人簽名: _____ 立書日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日					
應備文件	<input type="checkbox"/> 孕前	1、 身分證正反面影本 (外國籍配偶須檢附居留證)。 2、 配偶設籍本市之女性, 需檢附夫妻雙方身分證正反面影本。 3、 本申請表。			
	<input type="checkbox"/> 孕期	1、 身分證正反面影本 (外國籍配偶須檢附居留證)。 2、 孕婦健康手冊封面/底 (姓名) 影本及內頁可供懷孕證明之產前檢查紀錄表影本。 3、 本申請表。			
	<input type="checkbox"/> 產後	1、 身分證正反面影本 (如本人未設籍本市, 須檢附配偶身分證正反面影本) 2、 兒童健康手冊或其他可證明為產後 6 個月內文件/12 個月內流產 (自然或人工) 醫師診斷證明或其他可證明文件			
備註	符合資格民眾, 請檢附上述相關文件, 以掛號郵寄或親送至桃園市政府婦幼發展局 (330206 桃園市桃園區縣府路 1 號 8 樓), 由婦幼發展局審核後, 提供核准通知單、合約醫療院所名單予申請人, 請申請人持核准通知單至各合約醫療院所, 即可接受中醫助孕養胎調理, 經費用罄為止。				

桃園市婦女中醫健康照護服務回覆單

孕前助孕 孕期養胎 產後身心健康支持

第 _____ 診次

諮詢基本資料			
姓名		出生日期	年 月 日
連絡電話		身分證字號	
戶籍地址			
通訊地址			
相關婦產科檢查結果			
臨床症狀表現			
一、中醫四診診察	<input type="checkbox"/> 已完成		
二、體質分析辨別	<input type="checkbox"/> 寒性體質 <input type="checkbox"/> 熱性體質 <input type="checkbox"/> 其他：		
三、衛教及飲食指導	<input type="checkbox"/> 已完成		
四、經絡穴位保健	<input type="checkbox"/> 已完成		
五、中藥調理	<input type="checkbox"/> 已完成		
整合性建議：			
診所名稱		醫師簽章	
民眾是否填寫「知情同意暨個人資料蒐集同意書」		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
民眾簽章		就診日期	

附件 16_補助款申領清單

114年桃園市婦女健康整合型計畫
健康幸福家庭補助（中醫助孕養胎調理）
000 醫療院所 000 年 00 月份補助款申領清單

編號	姓名	身分證字號	出生年 月日	戶籍地址	就診日期	補助金額（元）	補助項目	看診醫師	核准通知單 正本
1	範例	H234567891	75.01.01	桃園市桃園區 00 路 00 號	105.12.01	1200	助孕調理第 1 次	000	V
2	範例	H234567892	75.01.02	桃園市桃園區 00 路 00 號	105.12.01	1200	助孕調理第 1 次	000	V
3	範例	H234567893	75.01.03	桃園市中壢區 00 路 00 號	105.12.02	1200	養胎調理第 2 次	000	X
4									
5									
共計孕前助孕調理 <u>2</u> 人。孕期養胎調理 <u>1</u> 人。						製表人簽章			
金額小計：3,600									
備註： 請於每月 10 日前檢附上月健康幸福家庭補助計畫之 <u>桃園市婦女中醫健康照護服務回覆單、領據、補助款申領清單</u> ，免備文逕寄桃園市政府婦幼發展局健康促進科。									

**114年桃園市婦女健康整合型計畫
孕產婦暨婦女心理健康促進補助
產後中醫心理健康支持補助款申領清單**

申請機構名稱：

年/月份： 年 月

序號	姓名	身分證號	已申請金額	本次申請金額	合計金額	第1診日期	第2診日期	第3診日期	第4診日期	是否結案	醫師姓名	醫師執業執照字號
1												
2												
3												
4												
總計												

(可自行增加欄位)

製表人：(請簽名或蓋章)

機構負責人：(請簽名或蓋章)

註 1：核銷時請函送此服務清單**正本**。

註 2：結案前請個案匿名填答滿意度調查表，並依結案人數檢具完成填答之滿意度調查表，若因故未填答者請註明。