

## 115 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 113 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 5.75‰，總生育率（平均每位婦女一生中所生育之子女數）為 0.89，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。

貳、計畫期程：115 年 1 月 1 日起至 115 年 12 月 31 日止。

### 參、計畫目標：

- 一、透過遺傳學醫療科技提供孕前/期健康檢查，建立友善生育環境，促進下一代健康與家庭福祉。
- 二、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。
- 三、結合中醫調理提升本市女性懷孕、生育及產後的中醫健康照護。

### 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」及「孕產婦暨婦女心理健康促進補助」等 3 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：

1. 補助對象：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。
2. 補助項目、額度及標準：
  - （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。

3. 機構應配合事項及規範：

- (1) 提供婦女孕前健康檢查時，應明確告知補助檢查項目及金額，若有額外自費項目也應明確告知。
- (2) 針對檢查項目異常值，應主動通知及追蹤其至門診做進一步檢查或就醫，並適當衛教宣導（含醫療風險與法律資訊告知）。
- (3) 切結書暨同意書（附件 1）及檢查報告由各院所以紙本或電子檔備存。

(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：

1. 補助對象：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。
2. 補助項目、額度及標準：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，三擇一補助。
  - (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  $\beta$ -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  $\beta$ -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。

3. 機構應配合事項及規範：

- (1) 提供婦女孕期唐氏症篩檢時，若檢查項目有異常值，應主動通知及追蹤其至門診做進一步檢查或就醫，並適當衛教宣導（含醫療風險與法律資訊告知）。
- (2) 切結書暨同意書（附件 1）及檢查報告由各院所以紙本或電子檔備存。

(三) 孕期羊膜（或絨毛膜）穿刺檢查：

1. 補助對象、補助項目、額度及標準：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。
2. 機構應配合事項及規範：

- (1) 提供婦女孕期羊膜（或絨毛膜）穿刺檢查時，若檢查項目有異常值時，應主動通知及追蹤其至門診做進一步檢查或就醫，並適當衛教宣導（含醫療風險與法律資訊告知）。
- (2) 切結書暨同意書（附件 1）及檢查報告由各院所以紙本或電子檔備存。

（四）成人脊髓性肌肉萎縮症（SMA）篩檢：

1. 補助對象：

- (1) 設籍本市（或配偶設籍本市）之懷孕婦女或婚後孕前女性（終身一次）。
- (2) 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）。

2. 補助項目、額度及標準：篩檢 1,000 元，終身 1 次篩檢補助。

3. 機構應配合事項及規範：

- (1) 提供 SMA 篩檢時，應明確告知檢查項目及補助金額，如超過補助金額需民眾自費請確實說明。
- (2) 若篩檢結果陽性之個案，應主動通知及追蹤其至門診做進一步檢查或就醫，並適當衛教宣導（含醫療風險與法律資訊告知）。
- (3) 個案之切結書暨同意書（附件 1）及檢查報告由各院所以紙本或電子檔備存。

（五）中醫助孕養胎調理：

1. 補助對象：

- (1) 助孕：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），起始日以身分別轉換次日起計之。
- (2) 養胎：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），起始日以身分別轉換次日起計之。

2. 補助項目、額度及標準：

- (1) 補助費用每次 1,200 元，助孕調理每人每年 2 次、養胎調理每人每胎 2 次。
- (2) 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、穴位保健或其他經醫師評估之項目。

3. 機構應配合事項及規範：

- (1) 應檢視個案於網路 E 指通申請之審核通過通知及個人或配偶之身分證，確認是否設籍於本市，另可檢視相關證明文件，確認個案符合補助身分。
- (2) 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。

## 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。

### (三) 實施機構：經衛生福利部許可之合約人工生殖機構（凍卵營養金、凍卵保存費）或本市合約人工生殖機構（AMH 抽血檢驗）。

### (四) 合約機構應配合事項及規範：

1. 提供 AMH 抽血檢驗、凍卵營養金及保存費時，應充分解說有關凍卵療程注意事項及適當衛教宣導（包含醫療風險與法律資訊告知）。
2. 切結書暨同意書（附件 2 及 3）及檢查報告由各院所以紙本或電子檔備存。

## 子計畫三、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、生產後、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 4）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、生產後、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（一律使用線上表單），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，必須協助告知「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，起始日以身分別轉換次日起計之。
- (2) 本人或配偶設籍本市之不孕困擾之婦女。
- (3) 本人設籍本市之罹患癌症之婦女。
- (4) 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。

(8) 精神醫療評估表（附件 5）由院所以紙本或電子檔備存。

(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，起始日以身分別轉換次日起計之。

(2) 本人或配偶設籍本市之不孕困擾之婦女

(3) 本人設籍本市之罹患癌症之婦女。

(4) 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，但隨身分別轉換，原身分別尚未使用完畢之額度不得累計使用，應以當下身分別額度為之。

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，需填妥展延申請心理諮商評估表(附件6)，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。

(12)知情同意暨個人資料蒐集同意書（附件 7）及心理諮商明細表（附件 8）由院所以紙本或電子檔備存。

(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，起始日以身分別轉換次日起計之。

(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，但隨個案身分別轉換，原身分別尚未使用完畢之額度不得累計使用，應以當下身分別額度為之。

(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) 應檢視個案於網路 E 指通申請之審核通過通知及個人或配偶之身分證，確認是否設籍於本市並確認身分是否為（產後 6 個月內）與流產（自然或人工）12 個月之補助期限內，另可檢視相關證明文件（如兒童健康手冊、醫師診斷證明或其他可證明文件），確認個案符合補助身分。

(2) 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。

(3) 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。

(4) 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）、成人脊髓性肌肉萎縮症篩檢（SMA）項目，確認檢查者是否符合補助條件，每月10日前至婦幼行政系統鍵入補助清冊，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. 領據（1式2聯，千分之4印花稅款黏貼於第一聯背面）（附件9）
  2. 補助款申領清單（附件10）
- (三) 凍卵營養金補助（含AMH檢驗項目、凍卵營養金及凍卵保存費項目）：
  1. AMH檢驗項目補助：

對象至本市合約機構接受AMH抽血檢驗，由合約機構於當年度向本局申請費用，並不得向民眾預收補助費用，合約機構需確認申請人是否符合補助條件於每月10日前至系統鍵入補助清冊並檢附申請資料，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（1式2聯，千分之4印花稅款黏貼於第一聯背面）（附件9）
    - (2) 補助款申領清單（附件11）
  2. 凍卵營養金及凍卵保存費項目：
    - (1) 民眾自行申請：

補助對象至衛生福利部許可之合約人工生殖機構完成冷凍卵子療程，並於施術日兩個月內至桃園市政府網路E指通線上申辦，並檢附下列資料：

      - A. 個案領據（需黏貼金融機構存摺封面影本）（附件12）
      - B. 個案醫療收費明細表
      - C. 個案身分證正反面影本
    - (2) 由人工生殖機構代為申請：

補助對象至本市合約人工生殖機構接受冷凍卵子療程，由人工生殖機構代為申請，人工生殖機構確認申請人是否符合補助條件，於每月10日前至系統鍵入補助清冊並檢附申請資料，送本局審核及辦理請款手續，由本局核撥補助金額予申請人帳戶，並提供人工生殖機構每案次50元行政費用下：

- A. 行政費領據 (1 式 2 聯, 含 1 正本 2 影本, 千分之 4 印花稅款黏貼於第一聯背面) (附件 9)
- B. 補助款申領清單 (附件 11)
- C. 個案領據 (需黏貼金融機構存摺封面影本) (附件 12)
- D. 個案醫療收費明細表
- E. 個案身分證正反面影本

(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 (1 式 2 聯, 千分之 4 印花稅款黏貼於第一聯背面) (附件 9)
- 2. 個案填答問卷/轉介之申領清單 (需有機構簽章) (附件 13)

(五) 辦理精神醫療評估, 每月 10 日前至婦幼行政系統鍵入補助清冊, 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. 領據 (1 式 2 聯, 千分之 4 印花稅款黏貼於第一聯背面) (附件 9)
- 2. 精神醫療評估申領清單 (需有機構簽章) (附件 14)

(六) 辦理心理諮商, 每月 10 日前至婦幼行政系統鍵入補助清冊, 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. 領據 (1 式 2 聯, 千分之 4 印花稅款黏貼於第一聯背面) (附件 6)
- 2. 心理諮商申領清單 (需有機構簽章) (附件 15)
- 3. 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, 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 16)。
  - (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，於桃園市政府網路E指通回覆通過審核，民眾持線上通過通知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：每月10日前至婦幼行政系統鍵入補助清冊，並檢附上月份領據(1式2聯，千分之4印花稅款黏貼於第一聯背面)(附件9)、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。

附件 1\_切結書暨同意書

115 年桃園市婦女健康整合型計畫  
健康幸福家庭補助篩檢補助  
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：
- 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。  
預產期： \_\_\_\_\_
- 孕期羊膜（或絨毛膜）穿刺檢查（每胎 1 次）。  
預產期： \_\_\_\_\_
- 成人脊髓性肌肉萎縮症篩檢補助（終身 1 次）。
- 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/聯絡電話：

身分證/居留證統一編號：

通訊住址：

中華民國            年            月            日

附件 2\_切結書暨同意書

凍卵營養金補助計畫

凍卵營養金及保存費補助-切結書暨同意書

- 一、本人\_\_\_\_\_參加桃園市政府婦幼發展局辦理之凍卵營養金補助計畫，同意遵守該局計畫之規定，如有違反，經查證屬實，願繳還已領受之補助費用。
- 二、切結事項如下：本人當年度取卵療程無申請衛生福利部「體外受精（俗稱試管嬰兒）人工生殖技術補助方案」且未曾接受本項補助。
- 三、本人已充分了解本計畫補助項目，同意桃園市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。
- 四、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：

電話：

電子郵件：

住址：

中華民國

年

月

日

附件 3\_切結書暨同意書

凍卵營養金補助計畫

AMH 抽血檢驗補助-切結書暨同意書

- 四、本人 \_\_\_\_\_ 參加桃園市政府婦幼發展局辦理之凍卵營養金補助計畫，同意遵守該局計畫之規定，如有違反，經查證屬實，所接受之健康檢查項目，將不予補助，願繳還已領受之補助費用。
- 五、切結事項如下：
1. 本人當年度 AMH 抽血檢驗無申請衛生福利部「體外受精（俗稱試管嬰兒）人工生殖技術補助方案」且未曾接受本項補助。
  2. 本人已充分了解本計畫補助項目，同意接受 AMH 抽血檢驗服務及補助。
- 六、本人同意桃園市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。
- 七、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：

電話：

電子郵件：

住址：

中華民國                      年                      月                      日

115 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 <input type="checkbox"/> 其他_____			
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"/> 無 <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10061935@mail.tycg.gov.tw 白先生。

轉介單位：\_\_\_\_\_ (請蓋職章或簽章)

115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 其他

婚姻狀況：已婚 離婚 未婚 分娩日期： 年 月 日

懷孕第幾胎：無 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，以電子郵件傳送掃描檔至  
10061935@mail.tycg.gov.tw 白先生，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。

附件6\_展延申請心理諮商評估表

115 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 <input type="checkbox"/> 其他			
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			

115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/法定監護人\_\_\_\_\_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115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！

附件8\_心理諮商明細表

115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 其他

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/家庭諮商 <input type="checkbox"/> 團體諮商	諮商類型： <input type="checkbox"/> 個別諮商 <input type="checkbox"/> 配偶/家庭諮商 <input type="checkbox"/> 團體諮商
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/家庭諮商  <input type="checkbox"/> 團體諮商	諮商類型： <input type="checkbox"/> 個別諮商 <input type="checkbox"/> 配偶/家庭諮商  <input type="checkbox"/> 團體諮商
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/家庭諮商  <input type="checkbox"/> 團體諮商	諮商類型： <input type="checkbox"/> 個別諮商 <input type="checkbox"/> 配偶/家庭諮商  <input type="checkbox"/> 團體諮商
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 9\_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 10\_補助款申領清單

115 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		孕前醫師總評	SMA 檢驗結果	孕期			第一孕期母血唐氏症		第二孕期母血唐氏症			NIPT		
												羊膜穿刺	絨毛膜	是否為雙胞胎	檢驗結果	是否為雙胞胎	檢驗結果			是否為雙胞胎	唐氏症風險	是否為雙胞胎
1	範例 1	H222x xxxxx	076/0 1/01	00	000	女	本國	00 區	110/0 9/01	-	-	正常								2,000		
2	範例 2	H222x xxxxx	074/0 1/02	00	000	女	本國	00 區	110/0 9/02	-	-	-	否	1/302 9	正常	否	異常	否			2,200	
3	範例 3	H222x xxxxx	075/0 1/02	00	000	女	本國	00 區	110/0 9/03	-	-	-	-	-				正常	否		2,200	

共計孕前檢查 0 人（男性 0 人，女性 0 人）。孕期檢查 1 人。SMA \*\*人。  
 第一孕期母血唐氏症 1 人。 第二孕期母血唐氏症 1 人。 NIPT \*\*人。  
 補助金額：6400 元。

製表人（請簽章）

附件 11-補助款申領清單

桃園市政府婦幼發展局 凍卵營養金補助計畫							○○○醫療院所 ○○○年 ○○月份補助款申領清單														
編號	基本資料※若為非「本國」籍者需填寫配偶資料						配偶基本資料			施作日期	補助項目		補助金額(元)	行政費用(元)							
	姓名	身分證字號	出生年月日	年齡	國籍	戶籍地	配偶姓名	身分證字號	戶籍地		凍卵營養金	凍卵保存金									
1	範例 1	H222xxxxxx	076/01/01	00	本國	00 區	-	-	-	113/01/02	-	-	1,000	50							
2	範例 2	H222xxxxxx	074/01/02	00	外籍	00 區	○○○	H122xxxxxx	00 區	113/01/02	10,000	-	10,000	50							
3	範例 3	H222xxxxxx	075/01/02	00	本國	00 區	-	-	-	113/01/02	-	6,000	6,000	50							
4	範例 4	H223xxxxxx	075/01/02	00	外籍	00 區	○○○	H122xxxxxx	00 區	113/01/03	10,000	-	10,000	50							
5	範例 5	H222xxxxxx	075/01/03	00	外籍	00 區	○○○	H123xxxxxx	00 區	113/01/04	-	-	1,000	50							
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
行政費用： AMH 補助費用： 額：										元。 元。 元。		申領總金		小記(人次) 小記金額		2 20,000		1 6,000		28,000 250	
備註： 1. 請於每月 10 日前將凍卵營養金補助計畫寄桃園市政府婦幼發展局健康管理科。												製表人(請簽章)：									

附件 12-個案領據

※必填

桃園市政府婦幼發展局凍卵營養金及保存費補助請款領據					
※領款人姓名		※事由摘要	桃園市凍卵營養金及保存費補助 <input type="checkbox"/> 凍卵營養金 <input type="checkbox"/> 凍卵保存費 <input type="checkbox"/> 凍卵營養金回溯		
※日期		※手機號碼			
費用別	<input type="checkbox"/> 講師費	<input type="checkbox"/> 出席費	<input type="checkbox"/> 審查費	<input type="checkbox"/> 講演鐘點費	<input checked="" type="checkbox"/> 其他
所得申報類別	<input type="checkbox"/> 薪資所得	<input type="checkbox"/> 執行業務所得	<input type="checkbox"/> 其他所得	<input type="checkbox"/> 交通補助費	<input checked="" type="checkbox"/> 其他類別
※所得金額	元	應扣所得稅金額			
上列款項已向桃園市政府婦幼發展局如數領訖		※領款人簽章		※簽收日期	
※地址					
※國民身分證統一編號或廠商統一編號		※服務機構			
※匯款銀行名稱		※分行名稱			
※帳號					

備註：

- 1、講師費為薪資所得(50)，為特定對象如公務員、學生...等。
- 2、講演費屬執行業務所得(9B)，為不特定對象，任何人皆可參加。
- 3、若有異於上列所得選項，請勾選「其他」並簡述。
- 4、執行業務所得(含合併付款者)達2萬元以上者，扣繳率為10%

存摺影本黏

附件13\_個案填答問卷/轉介之申領清單

115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

編號	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14\_精神醫療評估申領清單

115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 000 醫療院所 000 年 00 月份精神醫療評估申領清單									
編號	身分證字號	姓名	身分別	評估日期	評估結果	處置方式	補助金額 (元)	醫師姓名	執業執照字 號
1	H212345678	000	不孕	115.01.01			1,200	000	
2									
3									
4									
共計精神醫療評估1人 金額小計：1,200 元								製表人簽章	
備註： 註1：核銷時請送此清單 <b>正本</b> 為核銷憑據。									

附件15\_心理諮商申領清單

115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

000 醫療院所 000 年 00 月份心理諮商申領清單

編號	姓名	身分證字號	身分別	就診日期	補助金額(元)	補助項目	是否結案	諮商師姓名	執業執照字號
1	範例	H234567891	孕期中	105.12.01	2,000	心理諮商第1次	否	000	000
2	範例	H234567892	產後	105.12.01	2,000	心理諮商第1次	否	000	000
3	範例	H234567893	癌症	105.12.02	4,000	伴侶諮商第2次	否	000	000
4	範例	H234567894	不孕	105.12.02	420	團體諮商第1次	否	000	000
5	範例	H234567894	不孕	105.12.04	420	團體諮商第2次	否	000	000
6	範例	H234564987	流產	105.12.04	420	團體諮商第4次	否	000	000

共計個別心理諮商 2 次。伴侶諮商 1 次。團體諮商 3 次。

金額小計：9,260 元

製表人簽章

備註：

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：結案前邀請個案匿名填答滿意度調查表及心理諮商轉介回復單

附件 16\_中醫助孕養胎暨中醫產後身心健康支持補助申請書

<p align="center"><b>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</b></p> <p align="right">申請日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>					
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"/> 目前備孕中, 第_____胎 <input type="checkbox"/> 目前懷孕中, 第_____胎 <input type="checkbox"/> 產後, 第_____月 <input type="checkbox"/> 流產 <input type="checkbox"/> 其他:
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)				
<p>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:</p> <p>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, 中醫孕中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)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p align="right">立書人簽名: _____ 立書日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>					
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。				

附件 17\_補助款申領清單

115年桃園市婦女健康整合型計畫								
健康幸福家庭補助（中醫助孕養胎暨產後心理健康支持調理）								
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
1	範例	H234567891	75.01.01	桃園市桃園區 00 路 00 號	105.12.01	1,200	助孕調理第 1 次	000
2	範例	H234567892	75.01.02	桃園市桃園區 00 路 00 號	105.12.01	1,200	助孕調理第 1 次	000
3	範例	H234567893	75.01.03	桃園市中壢區 00 路 00 號	105.12.02	1,200	養胎調理第 2 次	000
4	範例	H234567894	75.01.03	桃園市中壢區 00 路 00 號	105.12.02	1,200	產後調理第 2 次	000
5								
共計孕前助孕調理 <u>2</u> 人。孕期養胎調理 <u>1</u> 人。產後心理健康支持調理 <u>1</u> 人。						製表人簽章		
金額小計：3,600/1,200 元								
備註：								
註 1：中醫助孕養胎調理暨產後心理健康支持調理之領據與清冊應分開請領。								
註 2：請於每月 10 日前檢附上月之領據、補助款申領清單正本，免備文逕寄桃園市政府婦幼發展局健康促進科。								
註 3：結案前請邀請個案匿名填答滿意度調查表。								

