

113 年嘉義市孕婦產前檢查補助

一、目的：

根據資料顯示每千名嬰兒有 4.1 人死亡；台灣新生兒三大死因，分別為「遺傳、基因或染色體突變」、「早產」和「意外事故」，國民健康署補助年齡在 34 足歲以上、經診斷或證明曾生育過異常兒、本人或配偶家族有遺傳性疾病史，或其他可能生育先天異常兒等高風險孕婦，鼓勵在產前接受遺傳疾病檢查。嘉義市政府編列 113 年度經費提供符合補助對象檢查費用，下修補助年齡，以鼓勵懷孕媽媽接受產前遺傳疾病檢查。

二、補助對象(下列三項均需符合)：

- (一)孕婦本人或配偶設籍嘉義市滿 6 個月以上。
- (二)30 歲(含)以上(83 年次前出生，含 83 年次)且孕期 20 週(含)以內的孕婦。
- (三)上述孕婦須於嘉義市合約醫療院所進行本次的產前檢查。

三、補助產前遺傳疾病檢查項目：

- (一)唐氏症篩檢 第一孕期
- (二)唐氏症篩檢 第二孕期
- (三)羊膜穿刺
- (四)非侵入性胎兒染色體檢測

註：檢查報告若有異常情形，由產檢醫療院所回報衛生局。

四、補助費用：

每人每胎補助 1 次，經費核實補助，最高補助新臺幣 3,500 元整。

雙胞胎補助 7,000 元，三胞胎補助 10,500 元…。(多胞胎若只抽血檢查一次，只補助一次)

註：**本案**為一次性補助，若一次申請金額未達 3,500 元，餘額無法保留再次申請。

五、申請方式：

- (一)孕婦於檢查前，先填妥申請書及貼妥證明文件，繳交費用時提交予**醫療院所**。
- (二)繳費時，若符合補助資格者，由醫療院所直接扣除補助金額，超過補助額度的費用由孕婦自付。補助款由醫療院所統一造冊向衛生局申請。
- (三)證明文件若為影本，請加蓋與正本相符章。申請人如提供不實之資料、隱匿或拒絕提供，或以詐欺或其他不正當方法取得本補助者，由衛生局追回已補助費用。

六、本補助合約醫療院所名單請參考嘉義市政府衛生局網頁。

(<https://health.chiayi.gov.tw/>)

七、本計畫經費由 113 年度嘉義市政府預算補助，依申請順序受理補助至經費用罄為止。

嘉義市孕婦產前檢查補助申請書

113 年版

姓 名		申請日期	年 月 日	檢核																		
身分證字號 (居留證號)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																			生 日	年 月 日	請 完 整 填 寫
戶 籍 地 址																						
	身分證換發日期： 年 月 日																					
通 訊 地 址																						
聯 絡 電 話	(住家)					(手機)																
請勾選補助條件(兩項均需符合)：				<input type="checkbox"/> 符合																		
<input type="checkbox"/> 孕婦本人或配偶設籍嘉義市滿6個月以上。 <input type="checkbox"/> 30歲以上(83年次)且孕期20週(含)以內。 <input type="checkbox"/> 單胞胎 <input type="checkbox"/> 雙胞胎 <input type="checkbox"/> 多胞胎																						
檢附文件(影本需加蓋與正本相符合章)： <input type="checkbox"/> 申請人身分證影本 (若孕婦為新住民 <input type="checkbox"/> 居留證影本 <input type="checkbox"/> 配偶身分證影本)																						
▲申請此項補助視為同意檢查結果作為本市統計分析使用 ▲以上資料屬實，如有不符或重複申請，同意繳回溢領補助款 孕婦簽名：																						
申請產前遺傳疾病檢查項目																						
<input type="checkbox"/> 1. 唐氏症篩檢 <input type="checkbox"/> 第一孕期 <input type="checkbox"/> 第二孕期 <input type="checkbox"/> 2. 羊膜穿刺 <input type="checkbox"/> 3. 非侵入性胎兒染色體檢測		檢查日期		年 月 日																		
		醫療院所章(蓋章)		醫師(蓋章)																		

醫療院所名稱 _____

醫療院所人員：	醫療院所主管：
---------	---------

113 年嘉義市孕婦產前檢查補助資料黏貼聯

.....孕婦身分證(或居留證)正反面影本黏貼處.....

(正)	(反)
-----	-----

.....配偶身分證正反面影本黏貼處.....

(正)	(反)
-----	-----