

# 新竹市祝你好孕補助計畫

附件 6

## 施術結果證明書

<b>基本資料</b>	
姓名：	生日：
身分證字號：	
<b>診 治 結 果</b>	<input type="checkbox"/> 凍卵療程(補助 20,000 元) <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 誘導排卵</li> <li>2. 取卵手術</li> <li>3. 卵子找尋處理費</li> </ol>
<input type="checkbox"/> 凍卵管理(補助 2,000 元) <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 快速冷凍卵子</li> <li>2. 冷凍卵子保存</li> </ol>	
<b>同 意 書</b>	本人_____經醫師充分說明討論後，完全瞭解本次凍卵療程及凍卵管理服務規範並同意執行診治計畫，終身補助一次，特此聲明。 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">                     申請人簽章：                      申請日期：     年     月     日                 </div>
<b>取 卵 情 形</b>	請勾選一項與本次施術情形符合之選項： <input type="checkbox"/> A. 已順利取卵並進行凍卵保存管理 <input type="checkbox"/> B. 已取卵卻不得卵或是因取不到卵子 <input type="checkbox"/> C. 其他情形：
<b>取卵手術日：</b>	
<b>醫 療 院 所</b>	以上病人經本院(所)診斷治療屬實，且填列資料屬實，特與證明。  醫療機構名稱：_____ 主治醫師：_____ <div style="margin-top: 10px;">                     申請補助總金額：新台幣_____元整                 </div>