



106 台北市大安區復興南路二段 210 巷 9 號  
TEL : 02-2703-6988  
drx5.foundation

2020.08.21 經董事會通過

## 胎兒先天性異常基因晶片補助方案申請單

表單編號： (由本機構填寫)

收件日期： / / (由本機構填寫)

申請人姓名	身分證字號	出生日期	民國	年	月	日
聯絡電話	(住家)	(手機)	E-MAIL			
戶籍地址	□□□-□□					
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 □□□-□□					
獲得該補助的資訊來源：						
※申請應備書件：						
<input type="checkbox"/> 1.中華民國國民身分證正反面影本						
<input type="checkbox"/> 2.衛生福利部國民健康署 孕婦健康手冊之產前檢查紀錄表影本						
<input type="checkbox"/> 3.超音波照片及檢查報告影本						
<input type="checkbox"/> 4.基因晶片檢測報告影本 (若有診斷證明書請一併檢附)						
<input type="checkbox"/> 5.基因晶片檢測收據影本						
<input type="checkbox"/> 6.金融機構存款簿載明分行帳號之封面或內頁影本 (國泰世華銀行尤佳)						
申請人(親自簽名及蓋章)		申請日期	年	月	日	

## 胎兒先天性異常基因晶片補助方案申請方式

### 1. 申請資格：

若您於醫療院所之超音波報告顯示疑似懷有「結構異常」的胎兒，且進行「羊水基因晶片」( aCGH ) 檢測者，符合申請補助的資格。

※基因晶片檢測的送檢單位不限，全台醫療院所均可。

### 2. 申請期限：

申請該補助的截止日期以基因晶片檢測完畢後的兩個月內為限。

※依報告上的檢查日期為主。

舉例：於 1 月 20 日做基因晶片檢測，以報告上的檢測日期為起算日，故向本會申請的截止日期則為 3 月 10 日止。逾期不予辦理。使用郵局掛號寄件方式以郵戳為憑，使用電子信箱寄件以發信時間為憑。

### 3. 申請流程：

- A. 申請人於本會網站下載申請表單填寫完整。
- B. 檢附相關資料：
  - ① 中華民國國民身分證正反面影本
  - ② 孕婦健康手冊之產前檢查紀錄表影本
  - ③ 超音波照片及檢查報告影本
  - ④ 基因晶片檢測報告影本 ( 若有診斷證明書請一併附上 )
  - ⑤ 基因晶片檢測收據影本
  - ⑥ 金融機構存款簿載明分行帳號之封面或內頁影本 ( 國泰世華銀行尤佳 )
- C. 以電子檔方式寄至 pr@drx5.foundation 本會電子信箱  
如有相關問題，請來電詢問(02)2703-6988。
- D. 本會收件後依資料進行審查，由執行長及董事長核定補助確認。
- E. 審核通過後撥款至申請補助者提供之金融帳戶。