

# 優生保健措施減免或補助費用申領清單及領據

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月份

個 姓	案 名	檢 日	查 期	申領補助金額		個 姓	案 名	檢 日	查 期	申領補助金額	
				遺傳性 疾病檢查	產前 遺傳診斷					遺傳性 疾病檢查	產前 遺傳診斷
合 計		遺傳性疾病檢查 產前遺傳診斷		案 案		總金額		元			

茲領到 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月份優生保健措施減免或補助費用計  
 新台幣 \_\_\_\_\_ 萬 \_\_\_\_\_ 仟 \_\_\_\_\_ 佰 \_\_\_\_\_ 拾 \_\_\_\_\_ 元整

此 致

臺南市政府衛生局

醫院(診所)名稱：請寫全名  
 主辦人員：\_\_\_\_\_ (請蓋職章)  
 出納人員：\_\_\_\_\_  
 會計人員：\_\_\_\_\_  
 院 長：\_\_\_\_\_

統一編號：  
 聯絡電話：( ) \_\_\_\_\_  
 掛號信收件地址：( ) \_\_\_\_\_  
 撥款之銀行分行別：\_\_\_\_\_ 金融帳號：\_\_\_\_\_ 戶名：\_\_\_\_\_

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日