# 優生保健措施減免或補助費用申領清單及領據

＿＿＿年＿＿＿月份

| 個案姓名 | 檢查日期 | 申領補助金額 | | 個案姓名 | 檢查日期 | 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　　案<br>產前遺傳診斷　　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

**衛生福利部國民健康署**

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