

**補助特殊群體民眾結紮手術、子宮內避孕器裝置、人工流產、麻醉費
申請清單及領據** (醫療院所用)

個案姓名	個案戶籍所屬鄉鎮市區	結紮手術或IUD裝置或人工流產日期	年 月份 申請補助金額 (依實核銷) (新台幣：元)				
			IUD 子宮內避孕器	男性結紮	女性結紮	人工流產	結紮手術 麻 醉 費
			每案最高 1,000元	每案最高 2,500元	每案最高 10,000元	每案最高 3,000元	每案最高 3,500元
合 計	子宮內避孕器	案	元；				
	人工流產	案	元；				
	男性結紮	案	元；				
	女性結紮	案	元；				
	手術麻醉費	案	元				
總金額	新台幣 仟 佰 拾 萬 仟 佰 拾 元整						

茲領到 年 月份特殊群體民眾結紮手術、子宮內避孕器裝置、人工流產、結紮手術麻醉費補助款計

新台幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整

此致 **臺南市政府衛生局**

醫院 (診所) 主辦人員： (請簽章)

名稱 (全銜)： 出納人員： (請簽章)
(請寫全銜及蓋機關章)

醫院 (診所) 統一編號： 會計人員： (請簽章)

院 長： (請簽章)

註：私立醫院 (診所) 如無會計出納人員可免簽章

聯絡電話： ()

掛號信收件地址： ()

撥款之行庫名稱： 金融帳號： 戶名：

審核單位：**臺南市政府衛生局**

承辦人： 技正：

股 長： 科長：

中華民國 年 月 日