附件5

**臺中市政府辦理婚後孕前檢查費用申請清單及領據**

茲領到 **113** 年 月份婚後孕前健康檢查費用計

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 共 |  | 人 新台幣 | **萬 仟 佰 拾** | 元整 |

此致

臺中市政府衛生局

醫 療 機 構 名 稱：

醫 療 機 構 代 號：

負責人(負責醫師) ：

醫療機構統一編號 ：

醫 療 機 構 住 址：

主辦人員聯絡電話 ：分機：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 蓋機構章  (須同今年度契約書) | 蓋負責人章  (須同今年度契約書) | 業務人員簽名/蓋章 |
|  |  | 主辦人員：  出納人員：  會計人員： |

註：私立醫院(診所)如無會計、出納人員可免簽章。

受款銀行及分行別 ：

金 融 帳 號：

戶 名：

中華民國 年 月 日