

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		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

臺中市政府衛生局

醫院(診所) _____ 主辦人員：_____ (請蓋職章)
 _____ 出納人員：_____
 名稱(全銜)：請寫全名及蓋機關章 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