特殊群體生育調節補助款申領清單及領據（醫療院所用）

年　月份

個案姓名	個案現住鄉鎮市區	施行日期	申請補助金額（新台幣：元）				
			子宮內避孕器	男性結紮	女性結紮	結紮手術麻醉費	人工流產
			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 3,500 元	每案最高 3,000 元
合計	子宮內避孕器　　案　　元；男性結紮　　案　　元； 女性結紮　　案　　元；結紮手術麻醉費　　案　　元； 人工流產　　案　　元						
總金額	新台幣　　拾　　萬　　仟　　佰　　拾　　元整						

茲領到　　年　　月份特殊群體生育調節補助款計

新台幣　　拾　　萬　　仟　　佰　　拾　　元整

此致　　臺中市政府衛生局

主辦人員：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（請簽章）

醫院（診所）　　出納人員：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（請簽章）

名稱（全銜）：請寫全銜及蓋機關章　　會計人員：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（請簽章）

醫院（診所）統一編號：　　負責醫師：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（請簽章）

聯絡電話：(　　)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　註：私立醫院（診所）如無會計或出納人員可免簽章

掛號信收件地址：(　　)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

撥款之行庫名稱：＿＿＿＿＿＿＿＿金融帳號：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

戶名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

中華民國　　年　　月　　日