

牙醫診所 函

請填醫療院所
名稱及資料

機關地址：_____

傳 真：_____

聯 絡 人：_____

連絡電話：_____

受文者：臺北市政府衛生局

發文日期：113年__月__日

發文字號：

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文

主旨：檢送本診所辦理「113年度臺北市婦幼優生保健計畫」孕婦洗
牙服務掛號費補助款經費核銷文件，請查照。

正本：臺北市政府衛生局

大印

小印

請蓋醫療院所大章及
小章

113 年度臺北市婦幼優生保健計畫
孕婦洗牙服務掛號費補助款領據

茲領到孕婦洗牙服務掛號費補助款

計新臺幣____拾____萬____仟____佰____拾____元整

此致

臺北市政府衛生局

請用國字大寫填寫金額
零壹貳參肆伍陸柒捌玖

_____牙醫診所

負責人：_____

地址：_____

統一編號：_____

_____銀行/郵局_____分行

戶名：_____ (院所帳戶，非醫師個人戶)

帳號：_____

大印

小印

請蓋醫療院所大章及
小章

中 華 民 國 **113** 年 ____ 月 ____ 日

113 年度臺北市婦幼優生保健計畫
孕婦洗牙服務掛號費補助名冊

113.01.29

| 項次 | 就診日期 | 個案姓名 | 身分證字號 |
|--------------------------------------|------|------|-------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 合計：__人次，每次掛號費：__元，總金額：__元，承辦人員：_____ | | | |
| 醫療院所名稱：_____ 醫療院所單位負責人核章：_____ | | | |

承辦人員、醫療院所名稱、負責人核章只要有遺漏，就無法核銷

請蓋醫療院所單位負責人小章

113年臺北市婦幼優生保健計畫
孕婦洗牙服務掛號費補助佐證資料

113.01.29

身分證正面



身分證反面



孕婦健康手冊封面 (需有孕婦姓名)

請浮貼