

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