

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年臺北市婦幼優生保健計畫」學童窩溝

封填防齲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

請蓋與醫療院所大章
及小章

113 年臺北市婦幼優生保健計畫
學童窩溝封填防齲服務掛號費補助款領據

茲領到窩溝封填防齲服務掛號費補助款

計新臺幣____拾____萬____仟____佰____拾____元整

此致

臺北市政府衛生局

_____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：_____

請用國字大寫填寫金額
零壹貳參肆伍陸柒捌玖

大印

小印

請蓋醫療院所大章及
小章

中 華 民 國 113 年 ____ 月 ____ 日

113 年臺北市婦幼優生保健計畫

學童窩溝封填防齲服務掛號費補助名冊

項次	就診日期	學校名稱	個案姓名	出生日期 (民國年/月/日)	窩溝封填(第一大白齒)									
				身分證字號	16 右上		26 左上		46 右下		36 左下			
					連絡電話	狀況代碼	處置代碼	狀況代碼	處置代碼	狀況代碼	處置代碼	狀況代碼	處置代碼	
1		國小												
2		國小												
3		國小												
4		國小												
5		國小												
合計：__人次，每次掛號費：_____元，總金額：_____元，承辦人員：_____														

請依下列**狀況代碼**和**處置代碼**確實填寫

醫療院所名稱：_____ 醫療院所單位負責人核章：_____

狀況代碼		處置代碼
0 尚未施作	a 完整留存	S 施作
1 部分脫落	b 部分脫落，無蛀蝕補施作	N 未施作
2 部分脫落	c 脫落，無蛀蝕補施作	
3 部分脫落	d 脫落，已蛀蝕轉介治療	
4 部分萌出，已填補		

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