

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：109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「109年度臺北市學童及孕婦口腔保健計畫」

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

請蓋與契約相同之醫
療院所大章及小章

109 年度臺北市學童及孕婦口腔保健計畫
孕婦洗牙服務掛號費補助款領據

茲領到 109 年____月份補助本市孕婦洗牙服務掛號費

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：_____

大印

小印

請蓋與契約相同之醫
療院所大章及小章

中 華 民 國 109 年 ____ 月 ____ 日

109 年度臺北市學童及孕婦口腔保健計畫
孕婦洗牙服務掛號費補助名冊

109.01.01

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：_____			

請蓋與契約相同之醫療院所小章

109 年度臺北市學童及孕婦口腔保健計畫
孕婦洗牙服務掛號費補助佐證資料

109.01.01

項次	身分證正面	身分證反面	孕婦健康手冊封面
1			請浮貼
2			請浮貼
3			請浮貼
4			請浮貼
5			請浮貼
6			請浮貼
7			請浮貼
8			請浮貼
9			請浮貼
10			請浮貼

佐證資料請依序浮貼