

臺北市高度近視防治服務(學齡前兒童護眼方案)

【視力檢查醫療補助款】領據

茲領到\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月份醫療補助款計

計新臺幣\_\_\_\_\_拾\_\_\_\_\_萬\_\_\_\_\_仟\_\_\_\_\_佰\_\_\_\_\_拾\_\_\_\_\_元整。

(金額請大寫，如：零、壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖)

此致

臺北市政府衛生局

醫療院所：

統一編號：

院所地址：

撥款帳戶之金融機構：

金 融 機 構 帳 號	
金 融 機 構 名 稱	
金 融 機 構 分 行	
帳 戶	

院長(請蓋契約書上的大小章)

中 華 民 國

年

月

日