

外籍配偶照顧輔導基金醫療補助款申領清單及領據 (醫療院所用)

個案姓名	檢查或手術日期	申請補助金額	個案姓名	檢查或手術日期	申請補助金額
		(新台幣:元) 產前檢查每次600元 (不超過5次胎)			(新台幣:元) 產前檢查每次600元 (不超過5次胎)
合計	產前檢查	案 元	總金額	元	

97年 月份

茲領到 97年 月份外籍配偶照顧輔導基金醫療補助款計

新台幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整

此致 行政院衛生署國民健康局

醫院 (診所)

請填寫醫院全名並
加蓋醫院關防或醫
院章

名稱 (全銜):

主辦人員: _____ (請蓋職章)

出納人員: _____

會計人員: _____

院 長: _____

統一編號: _____

聯絡電話: (04) _____ 分機 _____

註: 私立醫院 (診所) 如無會計出納人員可免簽章

掛號信收件地址: () _____

撥款之銀行分行別: _____ 金融帳號: _____ 戶名: _____

衛生局審核: 承辦人 _____

課長 _____

中華民國 年 月 日