

_____ 醫院	慢性傳染性結核病病人住院營養暨生活濟助費印領清冊
----------	---------------------------------

111.08.10版

順序號	身分證字號	姓名	登 記 審 查 日	判定為 慢性傳染性 結核病病人 身分日期	住 院 起 迄 日 期	住院 日 數	營養暨生活濟助費 每人日 600 元x住院 日 數	合 計	簽 章	備 註
合計新臺幣 萬 仟 佰 元整										
院長		主計		單位主管			製表人		年 月 日	

備註：指定醫院每月5日前協助符合補助條件者，檢具本清冊及病歷摘要等向疾管署申請核撥，俟費用撥付醫院後，由醫院轉發給個案

附件14-4