附件14-4

_____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×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