|  |
| --- |
| **臺南市東區崇明國民小學健康檢查補助費申請表** |
| 姓 | 名 |  | 身 分 證統一編號 |  | 性 | 別 |  |
| 出 生年月日 | 民國 | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |  |
| 服單 | 務位 |  | 健檢年 | 康查度 | 年 |
| 職 | 稱 |  |
| 補金 | 助額 | 新台幣： | 萬 |  | 千 | 百 | 拾 | 元整 |  |  |  |
| 檢證 | 附件 | 健康檢查費用收據正本 |
| 茲領到健康檢查補助費用此據 |  |  |  | 元整具領人： |  |  |  | （簽章） |  |
| 中 |  | 華 |  |  | 民 |  | 國 |  | 年 |  | 月 | 日 |

說明：本府所屬學校、專設幼兒園四十歲以上之兼行政教師，每二年補助一次，每次最高新臺幣四千五百元。