

臺南市立白河國民中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 康 檢 查 年 度	年
職 稱	教師兼				
補 助 金 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 元整 此據 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，最高以新臺幣四千五百元為限。