|  |
| --- |
| 「優化台灣癲癇婦女妊娠登錄系統計畫」台灣癲癇妊娠登錄系統補助費用申請單 |
| 孕婦姓名 |  | 生日 |  年 月 日 | 身份證字號 |  |
| 戶籍地址 |  |
| 聯絡電話 |  | 手機 |  | 預產期 |  年 月 日 |
| 最後一次月經時間 |  年 月 日 | 第一次告知神經科醫師已懷孕的時間 |  年 月 日 |
| 看診醫院(神經科) |   | 神經科醫師姓名 |  |
| 看診醫院(婦產科) |   | 婦產科醫師姓名 |  |
| 費用補助匯款帳號 | 1. 郵局：局號 帳號 戶名： |
| 2. 銀行名稱： / 分行，帳號：  戶名：  |
| 請於此處貼上存摺封面影本 |