|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 「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 | | | | | | | | | |