附件九　　補助費彙總表

**各認可醫療機構申請　　年　　月至　　年　　月**

**基本服務量及額外補助**

**財團法人職業災害預防及重建中心醫院初審補助費彙總表**

。

| 編號 | 醫療機構名稱 | 申請補助金額 | 建議補助金額 | 備註（理由） |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **總　　計** | | | | |

承辦單位：　　職醫副執行長：　　執行長：