

(特 約 單 位 全 銜)

辦理南投縣 113 年度失智照護服務計畫

收 據

茲收到南投縣政府衛生局 113 年失智照護服務計畫補助費用，

計新台幣_____ (國字大寫)元整，確實無訛。

服務單位名稱：_____

負責人：_____ (簽章) 填本次總請領金額(含延緩)

住址：_____

統一編號：_____

匯入戶名：_____

解款行(註明分行)：_____

匯款帳號：_____

解款行代號(7碼)：(可於財金資訊股份有限公司

查詢)

負責人章

機構
關防

.....
(銀行存戶影本封面張貼處)

中華民國 113 年 月 日