**收 據**

玆收到南投縣政府衛生局113年度**住宿式服務機構使用者補助費**，計新台幣 (**填寫國字大寫)元**確實無訛。

領款人簽名或蓋章：

用印

身分證字號：

戶籍地址：

聯絡電話：

匯入戶名： 解款行(註明分行)：

匯款帳號： 解款行代號(7碼)：

**……………………………………………………………………………………….…….**

 **（銀行存戶影本封面張貼處）**

**中 華 民 國 年 月 日**