**收 據**

玆收到南投縣政府衛生局**「機構代收代送113年住宿式服務機構使用者補助費郵資」**，計新台幣\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元確實無訛。

服務單位名稱：

負責人： （簽章）

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)：

負責

人章

機 構

關 防

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

**（銀行存戶影本封面張貼處）**

**中華民國 年 月 日**

**黏貼憑證用紙**

中 華 民 國 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 憑證編號 | 預算科目 | 用 途 | 金 額 |
| 百萬 | 十萬 | 萬 | 千 | 百 | 十 | 元 |
|  | 郵資 | 郵資 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 承辦人 | 出納 | 會計 | 單位長官 |
|  |  |  |  |

黏 貼 線

郵匯證明

(服 務 機 構　全　銜)

附件3交通費油資耗用清單

**郵資清單**

**代收代送113年住宿式服務機構使用者補助費郵資**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 寄送日期 | 承辦人 | 金額(元) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 總計 |  |