

# 收 據

以下由醫療院所填寫

\*本領據請以正本檢送本局核銷。

帳戶名稱 (與銀行帳戶 名稱相同)		醫療院所電話	
		醫療院所 統一編號 (請填稅捐代碼)	
醫療院所 地址		領款人 身分證字號	
款項 名稱	受託辦理敬老愛心卡費用撥款		
總計 金額	新臺幣： 拾 萬 仟 佰 拾 元整 (請務必以國字 壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖大寫方式填寫)		
醫療院所 核章 <small>(須與合約書用印 一致)(必填欄 位)</small>		醫 師 核 章 <small>(須與合約書 用印一致) (必填欄 位)</small>	院所會計出 納核章 <small>(如無該項單位 可免核章)</small>

(必填欄位) 中華民國 113 年            月            日

同意委託轉帳資料如后                    (請務必附上存摺封面影本)

受款戶名：

受款銀行名稱及銀行代碼：

受款金融帳號：

..... 存摺封面影本浮貼處 .....

◎領款人名稱與轉帳戶名應相符。

◎請檢附月報總表。