**領款收據**

茲收到臺中市政府衛生局補助辦理民國 年 月**低收入戶、中低收入失能老人長期照顧機構服務費計新臺幣 元整**。 (請用零、壹、貳、参、肆、伍、陸、柒、捌、玖、拾、、佰、仟、萬大寫數目字填寫)

此 致

單位（章）

臺中市政府衛生局

單位：請登打機構全銜

地址：請登打合約登記項目同一地址

電話：

統一編號：

會計(章）：不得由負責人兼任

出納（章）：不得由負責人兼任

負責人（章）：務必與原合約用印為同一枚印章，如有更換請依規定辦理契約變更事宜

金融機構名稱：銀行代號(3碼)-銀行名稱

 分行代碼(4碼)-分行名稱

帳戶名稱：

金融機構帳戶號碼：

中華民國 年 月 日