年　　月＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（機構全銜）

請領臺中市政府衛生局補助失能老人長期照顧機構服務費用清冊

序號	年	月	姓名	身分 證字號	照顧 日數	請款金額	核定函(日期、字號) 核定補助金額	備註
1							年月日中市衛照字第號函 核定補助金額　　元	
2							年月日中市衛照字第號函 核定補助金額　　元	
3							年月日中市衛照字第號函 核定補助金額　　元	
4							年月日中市衛照字第號函 核定補助金額　　元	
5							年月日中市衛照字第號函 核定補助金額　　元	
6							年月日中市衛照字第號函 核定補助金額　　元	
7							年月日中市衛照字第號函 核定補助金額　　元	
金額總計：新臺幣　　元整 （請用零、壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖、拾、佰、仟、萬大寫數目字填寫）								

經辦人		會計		負責人		機構印信	
		出納					

經辦人、會計 或 出納 不得由負責人兼任　　負責人及機構章應與領款收據一致並請核蓋與合約同一圖記