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、參、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