

領款收據

請填寫清冊第一位個案姓名及本次申報總人數

茲收到臺中市政府衛生局撥付_____年_____月
_____等____人「長期照顧輔具及居家無障礙環境改善服務費用」(明細詳如服務費用項目清冊),計新臺幣

請填寫請款年月(非申請年月,另不得塗改、空白、手寫)

請確認新臺幣國字正確性

_____萬__仟__佰__拾__元整,所送各項憑證若經

查核有不符規定情事,特約單位自願退還所領取之費用,且如涉及詐欺或其他不法行為申報支付費用,願負一切法律責任,絕無異議。
此致

臺中市政府衛生局

領款廠商: _____

統一編號: _____

負責人: _____

聯絡電話: _____

住址: _____



請確實蓋公司及負責人私章(不得塗改或彩色列印)

銀行: _____ 銀行代碼: _____
分行: _____ 分行代碼: _____
帳戶名稱: _____
銀行帳號: _____

請確實填入銀行及分行代碼

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

請填寫實際送件日期