

收 據

*本領據請以正本檢送本局核銷。

以下由醫療院所填寫					
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、叁、肆、伍、陸、柒、捌、玖大寫方式填寫)				
醫療院所 核章 (須與合約書用印 一致)(必填欄 位)		醫 師 核 章 (須與合約書 用印一致) (必填欄 位)		院所會計出 納核章 (如無該項單位 可免核章)	

(必填欄位) 中華民國 114 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。