

# 領 據

茲收到臺中市政府衛生局補助辦理 114 年度「失能身心障礙者特殊需求加值服務計畫」經費，計新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整，實屬無訛。

此致

臺中市政府衛生局

單 位 圖 記

具領單位：

單位地址：

聯絡電話：

統一編號（稅捐登記之編號）：

銀行代碼： 分行代碼： 帳號：

金融機構及分行名稱：

戶名：

單位負責人：（簽 章）

會計：（簽 章）

出納：（簽 章）

經辦人：（簽 章）

中 華 民 國 年 月 日

# 切 結 書

\_\_\_\_\_ (單位全銜) 於 \_\_\_\_\_ (銀行名稱)  
設置之 \_\_\_\_\_ (帳戶名稱)，係為辦理 114 年度  
「失能身心障礙者特殊需求加值服務計畫」經費補助款專  
戶，為符合專款專用，本帳戶所有孳息於年度結束時依規  
定辦理繳回。

此致

臺中市政府衛生局

單 位 圖 記

立據機構：

機構負責人： (蓋章)

會計： (蓋章)

出納： (蓋章)

地址：

金融機構及分行名稱：

儲存帳號：

帳戶名稱：

統一編號：

中華民國

年

月

日