**機關單位名稱:**

附件4

**臺中市114年失智照護服務計畫**

**＿ 月租車費行程表及彩色照片行程表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **車牌** | **日期/時間** | **出發地****(行政區/地點)** | **目的地****(行政區/地點)** | **行程內容****(如前往目的地中途停靠多點請於此備註)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**彩色照片4張(車輛)**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

業務單位：(簽章) 會計單位：(簽章) 單位負責人：(簽章)