**機關單位名稱:**

附件5

**臺中市114年失智照護服務計畫**

 **月油脂費清單**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **車號** | **日期/時間** | **出發地****(行政區/地點)** | **目的地****(行政區/地點)** | **領用人****職稱/姓名** | **油價****(元/每公升)** | **里程****(公里)** | **申請補助(新臺幣:元)** | **領用人****簽章** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

業務單位：(簽章) 會計單位：(簽章) 單位負責人：(簽章)