**臺中市114年失智照護服務計畫**

附件7

**「認知促進模組」收據**

**機關單位名稱：**

**現職服務單位：**

**身分證字號：**

**戶籍地址：**

**聯絡電話：**

**類別： □指導員(○專業師資 ○指導員) □協助員**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序號 | 日期 | 時間 | 時數(小時) | 方案名稱 | 方案內容 | 講師簽到 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |

 **茲收到 計新臺幣** **元整**

 **簽名或蓋章(私章)**

備註：

1. 單位需**留存**個人所得稅扣繳證明書及二代健保補充保費繳費單供審計單位就地查核，未依規定申報者將不予補助並應繳回該補助款項。
2. 二代健保補充保費：依全民健康保險法之規定，受補（捐）助單位因執行本計畫所應負擔之補充保險費（編列基準請依中央健康保險署之最新版本辦理）。
3. 所得稅扣繳證明書由受補助單位自行依稅法相關規定辦理所得扣繳。
4. 如以劃撥入帳撥付者，得檢附轉帳金融機構等之簽收或證明文件，免請受款人於印領清冊簽章。