附件9

**核銷切結書**

本單位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_所核銷之「114年度失智照護服務計畫(□分項計畫一：設置失智共同照護中心□分項計畫二：設置失智社區服務據點)」第\_\_\_\_期款計新臺幣元款項，因本單位與**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**單位，係為隸屬關係，故請貴局協助將本單位之服務款項，撥付至**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**單位之帳戶。

**計畫單位圖記**

 此 致

臺中市政府衛生局

計畫核定單位：

負責人姓名： (簽章)

**收款單位圖記**

聯絡人/電話：

收款單位：

收款單位負責人： (簽章)

聯絡人/電話：

中 華 民 國 年 月 日