**附件C**

**收　據**

**茲收到臺中市114年失智照護服務計畫所需經費，計新臺幣○○○○○(國字大寫)元整，實屬無訛。**

**單位圖記**

**此致**

**臺中市政府衛生局**

**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　114 年　 　月　 　日**

備註：

1. 請另檢附轉帳金融機構存摺影本乙份

2. 請蓋上單位大小章

3. 金額不得塗改外，如有塗改部分，均需加蓋承辦人印章。