

口腔篩檢費 收據

以 下 由 醫 療 院 所 填 寫					
帳戶名稱 (與銀行帳戶 名稱相同)			院所電話		
			院所 統一編號 (請填稅捐代碼)		
院所地址			領款人 身分證字號		
款 項 名 稱	受託辦理臺中市 65 歲以上銀髮族假牙裝置補助計畫(口腔篩檢費)				
總 計 金 額	新臺幣： 萬 仟 佰 拾元整 (請以國字 壹、貳、叁、肆、伍、陸、柒、捌、玖大寫方式填寫)				
醫療院所 核章 (須與合約書用印 一致)(必填欄位)		醫 師 核 章 (須與合約書 用 印 一 致) (必填欄位)		院所會計 出納核章 (如無該項單 位可免核章)	

*本領據請以正本檢送本局核銷。

(必填欄位) 中華民國 年 月 日

同意委託轉帳資料如后 (請務必附上存摺封面影本)

受款戶名：_____

受款銀行名稱及銀行代碼：_____

受款金融帳號：_____

..... 存摺封面影本浮貼處

◎領款人名稱與轉帳戶名應相符。

◎市府核付款項，一律採電匯給付。

_____院所請款名單清冊		
編號	姓名	核銷金額
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
總計金額		

*字體請寫清楚勿用簡體。

*如有塗改請蓋機構大小章