

# 切 結 書

\_\_\_\_\_ (機構全銜) 茲向臺中市政府  
衛生局申領 115 年長照 3.0 整合型計畫  
之小規模多機能服務補(捐)助經費計新臺幣○○○○  
○(國字大寫)元整，本項計畫確實無重複或以任何名義  
向臺中市政府暨所屬機關申領補(捐)助經費，若有違  
上述申領情事，無條件繳回申領補(捐)助經費。本單位  
辦理本計畫補助經費收支，已單獨設置會計帳冊處理  
會計業務，確實遵守審計法第 27 條規定妥善保存原始  
憑證，並留存 10 年，以供審計查核。

此致

臺中市政府衛生局

單 位 圖 記

立據機構：  
機構負責人：(蓋章)  
會計：(蓋章)  
出納：(蓋章)  
地址：  
統一編號：

中華民國 115 年 月 日