

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
之失智症團體家屋服務補(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