

收 據

茲收到臺中市政府衛生局 115 年補助辦理長照 3.0 整合
型計畫之「失智症團體家屋服務」經費，計新臺幣〇〇〇〇〇〇
(國字大寫)元整，實屬無訛。

此致

臺中市政府衛生局

單 位 圖 記

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 1 1 5 年 月 日

切 結 書

_____ (單 位 全 銜) 於
(銀行名稱)設置之_____ (帳戶名
稱),係為辦理衛生福利部 **115 年長照 3.0 整合型計畫**
之「失智症團體家屋服務」經費補助款專戶,本單位已
確實設立專戶專款專用,本帳戶自 115 年計畫核定日
起至 12 月止專戶衍生孳息如超過新臺幣參佰元整,將
於年度結束辦理核銷時,一併繳回。

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：

金融機構及分行名稱：

儲存帳號：

帳戶名稱：

統一編號：

中華民國 115 年 月 日