

單位名稱: _____

臺中市政府衛生局 115 年長照 3.0 整合型計畫-失智症團體家屋服務
「外聘督導出席費」收據格式

收 據

茲收到 _____ (單位名稱) 主題: _____

出席費計新臺幣 元整

日期: _____ 時間/時數: _____ 聘別: 外聘

現職: _____

姓名: _____ 簽名或蓋章(私章)

身分證字號: _____

戶籍地址: _____

聯絡電話: _____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

備註:

- 單位需留存個人所得稅扣繳證明書及二代健保補充保費繳費單供審計單位就地查核，未依規定申報者將不予補助並應繳回該補助款項。
 - 二代健保補充保費：依全民健康保險法之規定，受補（捐）助單位因執行本計畫所應負擔之補充保險費（編列基準請依中央健康保險署之最新版本辦理）。
 - 所得稅扣繳證明書由受補助單位自行依稅法相關規定辦理所得扣繳。
- 如以劃撥入帳撥付者，得檢附轉帳金融機構等之簽收或證明文件，免請受款人於印領清冊簽章。
- 需留存會議紀錄、簽到表、照片(應於每次拍攝外聘督導會議照片、需可辨識外聘督導容貌及應具與工作人員同框之鏡頭)及外聘督導學經歷備查。