

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
之日間照顧服務補(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