

領 款 收 據

茲收到臺中市政府衛生局撥付_____年_____月
 _____等_____人「長期照顧輔具及居家無障礙環境改善服務費用」(明細詳如服務費用項目清冊),計新臺幣
 _____萬____仟____佰____拾____元整,所送各項憑證若經查核
 有不符規定情事,特約單位自願退還所領取之費用,且如涉及
 及詐欺或其他不法行為申報支付費用,願負一切法律責任,
 絕無異議。
 此 致

臺中市政府衛生局

領款廠商：_____

統一編號：_____

負責人：_____

聯絡電話：_____

住 址：_____

銀 行：_____ 銀行代碼：_____

分 行：_____ 分行代碼：_____

帳戶名稱：_____

銀行帳號：_____

大小印

中 華 民 國 年 月 日