(特　約　單　位　全　銜)

**辦理南投縣113年度失智照護服務計畫**

**收 據**

玆收到南投縣政府衛生局113年失智照護服務計畫補助費用，計新台幣\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(國字大寫)元整，確實無訛。

填本次總請領金額(含延緩)

服務單位名稱：

負責人： （簽章）

住址：

統一編號：

匯入戶名： 解款行(註明分行)：

匯款帳號： 解款行代號(7碼)：(可於財金資訊股份有限公司查詢)

機 構

關 防

負責

人章

**……………………………………………………………………………………………………**

**（銀行存戶影本封面張貼處）**

**中華民國 113 年 月 日**