

收 據

茲收到南投縣政府衛生局 113 年度住宿式服務機構使用者補助費，
計新台幣_____ (填寫國字大寫)元確實無訛。

領款人簽名或蓋章：_____

用印

身分證字號：

戶籍地址：

聯絡電話：

匯入戶名：

解款行(註明分行)：

匯款帳號：

解款行代號(7 碼)：

.....
(銀行存戶影本封面張貼處)

中 華 民 國 年 月 日