

115年度南投縣政府衛生局住宿式服務機構使用者補助方案機構代收代送彙整清冊

機構全銜：

批次：第 批

本次送件數： 件

機構送件日期： 年 月 日

[illegible]

115年度南投縣政府衛生局住宿式服務機構使用者補助方案機構代收代送彙整清冊

機構全銜： 批次：第 批 本次送件數： 件 機構送件日期： 年 月 日

總表編號 (衛生局 填寫)	序號	申請人姓名	申請人身分證 統一編號	使用機構者姓 名	使用機構者身 分證統一編號	使用機構者 出生年月日 (YY/MM/DD)	地址	申請人電話 (手機為主，非手機 應備註簡訊發送人)	受款人(申請人或使用 機構者)姓名	補助匯入之金融機構及 分行名稱	補助匯入之帳戶號碼
寫	12										

製表人： 機構覆核人員：