

114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
(天數計算以衛生局收)

編號	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	申請人電話	申請人通訊地址	受款人(申請人或 使用機構者)姓名	補助匯入之金融機構	補助匯入之帳戶號碼
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									

製表人：

機構覆核人員：

