臺東縣衛生局憑證粘貼單

|  |  |
| --- | --- |
| 歲計預算控制簿核章及附簽 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 憑證編號 | 預算科目 | 金額 | 用途說明 |
|  | 113年公益彩券基金 | 百萬 | 十萬 | 萬 | 千 | 百 | 十 | 元 | 支單位名稱辦理113年 月日間照顧及小規模多機能(含日間照顧喘息及小規機夜間臨托喘息)中低收、低收入戶服務對象健檢費用。 |
| 　其他(健檢費) |  |  | $ |  |  |  |  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 主辦科室 | 企劃及行政科 | 會計室 | 局長 |
| 承辦： | 經辦： | 審核： |  |
| 主管： | 科長： | 主任： |

領 據

茲向臺東縣衛生局申請114年 月，辦理日間照顧及小規模多機能(含日間照顧喘息及小規機夜間臨托喘息中低收、低收入戶服務對象健檢費用計新台幣 元整。

此致

台東縣衛生局

單位名稱:

承辦人: 會計:

負責人:

戶名:

匯款帳號:

通訊地址:

電話: 統一編號:

中 華 民 國 年 月 日

經 費 撥 付 申 請 單

本會辦理台東縣衛生局( 年 月日間照顧及小規模多機能(含夜間臨托喘息)中低收、低收入戶服務對象健檢費用，請領款項如下:█存帳

1. 存款銀行(庫)、戶名、帳號等明細表一份，如因填報錯誤，致 貴行單位所代存帳號時，由本公司(廠、行)自行處理。
2. 申請款項共計新臺幣: (大寫)元整，請詳細填寫並檢附存摺影本乙份浮貼(請影印清晰)。

|  |  |
| --- | --- |
| 存 款 行 庫 | 備註 |
| (行庫代號)及行、庫、局、信用合作社、農 漁會名稱及分支機構 | 帳 號 | 戶 名 | 地 址 |
|  |  |  |  |  |

------存------摺------影------本------浮------貼

單位名稱：

負責人： 蓋章：

聯絡地址：

此致

臺東縣衛生局

中華民國 年 月 日

申 請 體 檢 費 用 清 冊

 \_\_\_\_年\_\_\_\_月份

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **個案姓名** | **身分證** | **生日** | **地址** | **身分別****(獨居、中低、低收)** | **申請體檢費用** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

承辦人: 單位主管:

體 檢 支 出正本收 據 粘 存 單(收據請依序浮貼)

-----收------據------正------本------浮------貼------線---