

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					
	①衛生業務－長照業務	百萬	十萬	萬	千	百	十	元	支____年____月○○醫療器材行請領身心障礙者醫療輔具服務費用。					
	縣負擔-獎補助費													
	社會福利-津貼及濟助													
	醫療輔具													

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

茲收到臺東縣衛生局撥付_____等_____人「身心障礙者醫療輔具服務費用」，計新臺幣_____萬_____仟_____佰_____拾_____元整，所送各項憑證若經查核有不符規定情事，特約單位自願退還所領取之費用，且如涉及詐欺或其他不法行為申報支付費用，願負一切法律責任，絕無異議。

此 致

臺東縣衛生局

領 款 廠 商：○○醫療器材行

統 一 編 號：

負 責 人：

聯 絡 電 話：

住 址：

銀 行：

帳 戶 名 稱：

銀 行 帳 號：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

