

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
	衛生業務-長照業務	百	十	萬	千	百	十	支：115年__月__ ____長期照顧 (專業服務)給付及支付基 準服務費用
	長照 3.0 整合型計畫(29)							
	獎補助費-社會福利津貼及濟助							
	專業服務							

主 辦 科 室	行 政 科	會 計 室	局 長
承辦：	經辦：	審核：	
主管：	科長：	主任：	

領 據

茲向臺東縣衛生局領到 115 年__月份辦理長期照顧(專業服務)

給付及支付基準服務費用計新台幣_____元整

此致

臺東縣衛生局

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 1 1 5 年 月 日

經 費 撥 付 申 請 單

本公司（廠、行）辦理臺東縣衛生局（____年____月份專業服務費_____元），依合約規定請領款項如下：

■存帳

一、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之款項誤入他人帳號時，由本公司（廠、行）自行處理。

二、申請款項新臺幣：**萬 仟 佰 拾 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	備 註

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