

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
			百萬	十萬	萬	千	百	十	元	
	衛生業務-長照業務									支：114 年 ___ 月 ___
	長期照顧十年計畫(21)									長期照顧
	獎補助費-社會福利津貼及濟助									(專業服務)給付及支付基準服務費用
	專業服務									

主 辨 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 114 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 4 年 月 日

經 費 摶 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-----