

機 構
關 防

_____接受 109 年度彰化縣衛生局轉介中低收入 1.5 倍以下失能老人長期照顧機構服務印領清冊

序號	姓名	姓別	出生日期	身分證字號	入住中心日期	核銷月份	服務費用	簽章	備註
合計							_____		

總 計:_____人、_____元整。

製 表 人:_____ (簽名或蓋章)

單位主管:_____ (簽名或蓋章)