

收 據

茲收到彰化縣衛生局109年_____月中低收入1.5倍以下失能老人
長期照顧機構服務費用，計新臺幣_____元確實無訛。

機構名稱：

地 址：

統一編號：

匯入戶名：

解款行(註明金融機構名稱及分行)：

解款行代號(7碼)：

匯款帳號：

負 責 人：_____ (簽名或蓋章)

會 計：_____ (簽名或蓋章)

經 手 人：_____ (簽名或蓋章)



中 華 民 國109年_____月_____日(填表日期)

***務必確認底線部分皆已更新，以減少往返更正期程**

-----存--簿--封--面--影--本--黏--貼--處-----