

臺中市政府社會局中低收入老人補助裝置假牙實施計畫

收 據

以下由醫療院所填寫			
診所 名稱	電話		
(※請加蓋診所印信)			
地 址	統一編號		
款 項 名 稱	受託辦理臺中市政府社會局辦理中低收入老人補助裝置假牙實施計畫		
接受補 助個案 姓名	實際完成 假牙裝置 日期	年	月 日
總 計 金 額	新台幣： 佰 拾 萬 仟 佰 拾 元整		
負責人 蓋 章			

同意委託轉帳資料如下(※請浮貼存摺封面影本)：

金融機構名稱：_____銀行(局、庫、社、會)

_____分行(分局、支庫、分社)

診所戶名：_____

帳 號：_____

◎單位印信與負責人私章、匯款戶名務必與契約書相同，始可撥款。

◎臺中市政府社會局核付款項，一律採電匯給付。