

114 年 月 _____（機構全銜）

請領臺中市政府社會局補助中低收入失能老人機構安置專案管路及照護費清冊

編號	姓名	出生年月日	身分證字號	市府核定函(日期、字號)	社會福利身分	失能程度	照顧日數	請款金額	備註
				核定補助金額					
1				年 月 日中市社青字第_____號函，核定補助金額_____元整。	☐ 低收 ☐ 中低收	☐ 重度 ☐ 特殊中度			
2				年 月 日中市社青字第_____號函，核定補助金額_____元整。	☐ 低收 ☐ 中低收	☐ 重度 ☐ 特殊中度			
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
第 頁 / 共 頁			本頁金額 小計	(請用 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9 數目字填寫)					

金額總計：新臺幣

元整 (請用零、壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖、拾、大寫數目字填寫)

經辦人			負責人	機構印信
	出納			
承辦人、會計 或 出納 不得由負責人兼任			負責人與機構章請核蓋與合約同一圖記	

領款收據

茲收到臺中市政府社會局補助辦理民國 114 年 月中低收入失能老人機構安置專案管路及照護費計新臺幣 元整。(請用零、壹、貳、參、肆、伍、

陸、柒、捌、玖、拾、拾、佰、仟、萬大寫數目字填寫)

此 致

臺中市政府社會局

單位 (章):

地址:

電話:

統一編號:

會計(章): 不得由負責人兼任

出納 (章): 不得由負責人兼任

負責人 (章): 務必與原合約用印為同一枚印章

金融機構名稱: 銀行代號-銀行名稱-分行名稱

帳戶名稱:

帳戶號碼:

中 華 民 國 年 月 日