

(機構全名) 年 月接受臺中市政府社會局非老非障服務對象安置及服務費用請領清冊										
編號	姓名	性別	身分證字號	出生日期	入住日期	離院或停止補助日期	就診日期	申請項目	申請金額	備註
1								☐ 安置差額費(本月份入住:年月日-年月日)		
2								☐ 安置差額費(本月份入住:年月日-年月日)		
3								☐ 安置差額費(本月份入住:年月日-年月日)		
本頁係第_____頁			本頁申請人數_____人		本頁申請金額小計_____元整					
總計_____頁			總計申請人數_____人		金額總計新臺幣		○拾○萬○仟○佰○拾○元整			
核章處	承辦人		會計出納		負責人		機構章			