收 據

接 個

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 摘 要 | 臺中市政府社會局辦理身心障礙者裝置假牙補助計畫 |  |  |  | 受補助 案姓名 |
| 金 額 | 新台幣： 元整 |  |  |  |  |
| 右款已照數領訖此據 臺中市政府社會局台照申請單位名稱： 申請單位統一編號 申請單位住址： 申請單位電話：申請單位負責人章： （單位印信與負責人私章）中 華 民 國： 年 月 日 |





**◎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。**