

臺東縣衛生局憑證粘貼單

歲計預算控制 簿核章及附簽	
------------------	--

憑 證 編 號	預 算 科 目	金 額							用 途 說 明
	台東縣 110 年公益彩 券基金	百 萬	十 萬	萬	千	百	十	元	支 110 年____月 0000 單位名稱使用 夜間喘息之體檢費用
	其他(體檢費)			\$					

主 管 科 室	會 計 室	局 長
經 手 人：	審 核：	
科室主管：	主 任：	

領 據

茲向台東縣衛生局申請 110 年__月辦理 110 年小規模多機能-夜間喘息之獨居、中低、低收入戶個案健康檢查體檢費用計新臺幣：(大寫)元整

此致

台東縣衛生局

單位名稱：

承辦人：

會計：

負責人：

戶名：

匯款帳號：

通訊地址：

電話：

統一編號：

中 華 民 國

年

月

日

經 費 撥 付 申 請 單

本公司(廠、行)辦理台東縣衛生局(____月分獨居、中低、低收入戶個案健康檢查體檢費用

\$____), 依請領款項如下: ☐ 存帳

一、 存款銀行(庫)、戶名、帳號等明細表一份, 如因填報錯誤, 致 貴行單位所代
存帳號時, 由本公司(廠、行)自行處理。

二、 申請款項新臺幣: (大寫)元整, 請詳細填寫並檢附存摺影本乙份浮貼(請影印清
晰)。

存 款 行 庫				備註
(行庫代號)及 行、庫、局、 信用合作社、 農 漁會名稱及 分支機構	帳 號	戶 名	地 址	備註

-----存-----摺-----影-----本-----浮-----貼

申 請 體 檢 費 用 清 冊

月份：

個案姓名	身分證	生日	地址	身分別 (獨居、中低、低 收)	申請體檢費用

承辦人：

單位主管：

體 檢 支 出 正 本 收 據 粘 存 單 (收據請依序浮貼)

-----收-----據-----正-----本-----浮-----貼-----線-----