

金門縣衛生局 長期照顧服務

☐居家服務 ☐日間照顧 ☐交通接送 ☐專業服務 ☐喘息服務

服務費用補助申請領據

茲收到 年 月長期照顧服務補助款計新臺幣：

萬 元整（阿拉伯數字）

此致

金門縣衛生局

機構(關)名稱：

經辦人：_____ 簽章

會計：_____ 簽章

出納：_____ 簽章

負責人：_____ 簽章

機構(關)大印

地 址：

電 話：

統一編號：

入帳金融機構名稱、銀行代碼：

入帳戶名：

帳號：

中華民國

年

月

日