

# 領 據

茲收到 年 月至 月減少照護機構住民至醫療機構  
就醫方案

補助費計新臺幣 萬元整。

此 致

臺北市政府社會局

具領單位全銜：

機構圖記

:

:

負責人： (簽章)

會計： (簽章)

經辦人： (簽章)

戶名：

銀行及分行：

銀行代碼：

帳號：

(請檢附帳戶存摺影本)

中 華 民 國 年 月 日