

## 臺北市毒品危害防制中心藥癮個案入住中途之家補助計畫

107 年 \_\_\_\_\_ 月請領清冊

機構名稱	戶名	帳號(銀行 11~14 碼，郵局、農會 14 碼)

填報日期： 107 年      月      日

序號	個案姓名	身分證	入住日期	申請月份	申請金額	具領人簽章	聯絡電話
1							
2							
3							
4							
5							
6							

承辦人簽章：

會計簽章：

機關長官  
或授權代簽人

備註：

1. 依據「臺北市毒品危害防制中心藥癮個案中途之家合作契約書」須自入住次月 1~5 號前提出申請，逾期不予受理。例：個案於 100 年 1 月 21 日入住，須於 100 年 2 月 5 日前向臺北市立聯合醫院提出申請。
2. 請各機構填妥本清單，並經相關人員核章後，連同簽到單及活動紀錄，於每月五日前送臺北市立聯合醫院昆明防治中心（地址：10844 臺北市萬華區昆明街 100 號 4 樓）審核，本表請影印一份自存。
3. 補助計畫為補助個案相關收容輔導費用由本院撥付機構領取。
4. 個案聯絡電話務必填入，俾利查核。