**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**

附件4

**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。