

臺 北 市 政 府 衛 生 局

黏 貼 憑 證 用 紙

傳票編號		黏 貼 憑 證 用 紙										附件 發票 張 收據 張 請購單 張 請修單 張 合約書 張 驗收報告 張 其他文件 張 (須註明文件名稱)
付款憑單編號												
憑證編號	預算年度	金額								用途說明		
	預算科目	億	千 萬	百 萬	十 萬	萬	千	百	十	元	臺北市身心障礙者醫療費用及醫療輔助器具費用補助	
工作計劃	用途別											
	醫療福利計畫 特殊照護/獎補助費											
經辦單位		申請、使用單位 (驗收或證明、保管)					會計單位			機關長官 或授權代簽人		

領 據

茲收到臺北市身心障礙者醫療費用及醫療輔助器具補助

(1.項目 _____)(2.項目 _____)

(3.項目 _____)(4.項目 _____)

補助款新臺幣 _____ 拾 _____ 萬 _____ 仟 _____ 百 _____ 拾 _____ 元整

身心障礙者姓名： _____ (簽章)

身分證統一編號：

戶籍地址： 臺北市 _____ 區 _____ 路(街) _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓之 _____

通訊地址：同戶籍地址

_____ 縣(市) _____ 區 _____ 路(街) _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓之 _____

聯絡電話： _____ 手機： _____ 傳真： _____

(法定)代理人： _____ (簽章)

身分證統一編號：

同上；聯絡電話： _____ 手機： _____ 傳真： _____

身心障礙者開戶金融機構(請擇一填寫)

_____ 銀行： _____ 分行 帳號 □□□□□□□□□□-□

郵 局： 局號 □□□□□□-□ 帳號 □□□□□□□□-□

身心障礙證明影本黏貼處

正面

背面