

【附件 3】

109 年視障按摩據點防疫物資及店內消毒支出經費補助

支出憑證黏貼表

申請據點(申請人)名稱	
憑證金額總計	
申請單位/申請人簽章	

發票或收據黏貼處-----黏--貼--線-----

【註】請支出內容單據編號依序黏貼，如黏貼空間若有不足，請黏貼或浮貼於

背面