

收 據

茲收到花蓮縣政府補助 一般長者 中低收長者

_____君等_____人(2人以上請檢附請款清冊)裝置假牙費用，計新台幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整，謹此立據，以茲證明。
(金額使用中文大寫)

請貼印花

立據醫事機構(全銜)：

統一編號：

撥款帳戶：_____銀行(_____分行) 代碼(7碼)： -

帳號：_____ 戶名：_____

負責人核章：

聯絡電話：

住址：

中華民國 年 月 日

單位全銜
印信

請黏貼銀行存簿影本

院所請款清冊

| 編號 | 姓名 | 核銷金額 |
|------|----|------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |
| 11 | | |
| 12 | | |
| 13 | | |
| 14 | | |
| 15 | | |
| 總計金額 | | |

請款注意事項

- (1) 一般長者與中低收長者請分開核銷請款。
- (2) 同時申請 2 人以上補助費用請合併同一張收據，並請務必填寫清冊。
- (3) 請於完成裝置後 2 個月內提出核銷，當年度核銷送件請於最後一次審查日期前送件核銷，未能完成裝置者，於次年前完成裝置後送件核銷，如無法在時間內裝置完成，請提出說明。
- (4) 收據不可塗改，金額若寫錯不可修改，必須重新開立收據。
- (5) 收據金額寫法需使用中文大寫（零、壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖、拾、佰、仟、萬）
- (6) 印花稅建議可申請印花稅彙總繳納蓋章，或張貼印花稅票。
- (7) 收據戶名需為負責醫師姓名或院所名稱，若需匯入非負責醫師姓名或院所戶頭，請提供切結書。
- (8) 存摺封面影本需能清楚辨識戶名與帳號。
- (9) 銀行代碼共七碼，請確實填寫。
- (10) 收據請填寫日期。