附件三

領　　據

茲領到彰化縣政府身心障礙者久任職場津貼補助金，款項合計新臺幣　　元整，確實無訛。

此致

彰化縣政府

具領人姓名：　　（請加蓋私章）

身分證字號：

戶籍地址：

連絡電話：

金融機構：　　**銀行（　　分行）**

行庫代碼：

存儲帳號：

帳戶名稱（限本人帳戶）**：**

中　華　民　國　　年　　月　　日

轉帳金融機構存摺影本浮貼處