

領 據

雙面

茲領到彰化縣政府 年度「身心障礙者職務再設計服務
計畫」款項計新臺幣 元整。

(金額請大寫)

此據

受補助單位名稱： (請加蓋單位印信)

負責人簽章：

會計人員簽章：

出納人員簽章：

統一編號：

聯絡地址：

聯絡電話：

(請附轉帳金融機構存摺影本)

金融機構： 銀行 (分行)

行庫代碼(電匯用7碼)：

存儲帳號：

帳戶名稱(限受補助單位帳戶)：

中 華 民 國 年 月 日