領 據

茲收到高雄市政府社會局無障礙之家補助身心障
礙個案_____於_____年____月____日至____
年____月____日安置費用計新台幣 萬 仟 佰 拾
元整(\$ _____)，確認無訛，特此證明。

此致

高雄市政府社會局無障礙之家

單位名稱(請用印)：

統一編號：

負責人(請用印)：

單位住址：

開戶之金融機構/分行：

戶名：

帳號：

聯絡電話：

中 華 民 國 年 月 日

領 據

茲收到高雄市政府社會局無障礙之家補助身心障礙個案_____於____年__月__日至____年__月__日
衛生耗材費用計新台幣 萬 仟 佰 拾 元整(\$
)，確認無訛，特此證明。

此致

高雄市政府社會局無障礙之家

編號	品名	單價	數量	小計
1				
2				
3				
總計				

單位名稱：

統一編號：

負責人：

單位住址：

開戶之金融機構/分行：

戶名：

帳號：

聯絡電話：

中 華 民 國 年 月 日

領 據

茲收到高雄市政府社會局無障礙之家補助身心障
礙個案_____於____年__月__日至____年__月__日
就醫相關費用計新台幣 萬 仟 佰 拾 元整(\$
)單據如附件，確認無訛，特此證明。

此致

高雄市政府社會局無障礙之家

單位名稱：

統一編號：

負責人：

單位住址：

開戶之金融機構/分行：

戶名：

帳號：

聯絡電話：

中 華 民 國 年 月 日