

收 據

茲收到彰化縣衛生局 年 月長期照顧十年計畫 2.0-交通接
送服務費用，計新臺幣 (請用大寫金額) 元整，確實無訛。

機構名稱：(與單位圖記之印章內容一致)

負責人：

地址：

統一編號：

匯入戶名：

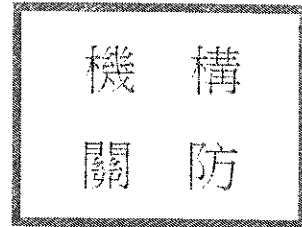
解款行(註明金融機構名稱及分行)：

解款行代號(7碼)：

匯款帳號：

會計：

經手人：



中 華 民 國 年 月 日

-----存簿封面影本黏貼處-----

民間團體向彰化縣衛生局暨所屬機關申領補助(捐)助經費切結書

受文者	彰化縣衛生局 (機關單位名稱)
主	<p>(一) 茲向 貴機關 (單位) 申領 _____ 補 (捐) 助經費計 新臺幣 _____ 元整。 (計畫名稱)</p> <p>(二) 本項計畫未重複或以任何名義向彰化縣政府暨所屬機關申領補助(捐)助經費。</p> <p>(三) 本項計畫已於「接受彰化縣政府補助(捐)助經費明細表」列明向其他單位申請之所有補助(捐)助經費。</p> <p>(四) 若有違前款申領情事，願無條件繳回申領補助(捐)助經費。</p>
文	
切結單位	申領單位： _____ (簽章) 負責人： _____ (簽章)
日期	中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

承辦人員： _____ 科長： _____ 機關(單位)主管： _____

註：本表經承辦機關(單位)核章後，自行留存備查。

接受彰化縣衛生局補助(捐)助經費明細表

接受補助團體名稱：

填表日期： 年 月 日 補助機關(單位)：

單位：元

申請項目內容及執行期間		計畫		編		列		執		行		情		形	
計畫名稱：	交通接送	項目名稱	交通接送	項目名稱	交通接送	項目名稱	交通接送	項目名稱	交通接送	項目名稱	交通接送	項目名稱	交通接送	項目名稱	交通接送
「轄區外長期照顧-交通接送服務」		自籌款													
辦理項目內容： 每月最高補助 補助單價	趟(來回次)	縣府補助款													
執行期間： 年 月 日至 年 月 日		合計													
收到補助日期及金額		實支數													
		結餘													
執行成果簡要說明		縣補助款結餘數		繳回縣庫日期		審核欄		執行成效良好 執行成效不佳		執行成效良好 執行成效不佳		執行成效良好 執行成效不佳		執行成效良好 執行成效不佳	
		(個案姓名)共計使用 趟						□執行成效良好 □未依補助項目用途支用 □其他意見							

製表：(接受補助團體)

負責人：

承辦人員：

科(課)長：

機關(單位)主管：

備註

- 「項目名稱」依申請補助計畫之經費概算填列，計畫編列時以不超過7個「項目」為原則，必要時得增列細目，惟細目不列入本表填報。
- 同一事由或活動向多個機關單位申請者，應列明全部經費內容，及向各機關單位申請補助項目及金額。
- 本表由接受補助團體於計畫結束後15日內填製2份(審核欄由補助機關單位查核勾選)1份自存，1份連同補助款結餘數送補(捐)助機關單位，受補(捐)助之民間團體申請支付款項時，應本誠信原則對所提出支出憑證真實性負責，如有不實，應負相關責任。
- 留存受補(捐)助團體之原始憑證：應妥善保存，已屆保存年限需銷毀者，應函報原補(捐)助機關單位轉請審計機關同意後再行銷燬。依人民團體法及章程改選選理監事時，應將接受本局各機關單位補助未銷毀之原始憑證確實以書面方式列冊移交，以釐清責任。如有毀損、滅失等情事時，應敘明原因及處理情形，函報原補(捐)助機關單位轉請審計機關同意。如經發現未確實辦理者，得依情節輕重對該補(捐)助案件或受補(捐)助團體酌減嗣後補(捐)助款或停止補(捐)助一至五年。
- 補(捐)助機關單位應將結餘款繳回縣庫，承辦人員負責審核經費之運用，並查填審核欄。
- 本表應經機關單位主管核閱後，承辦單位併同成果報告專卷保管，至少保存3年，以備查核。

彰化縣衛生局 委託辦理 交通接送服務
服務費用明細表

委託單位：
資料日期：

列印日期：

項次	姓名	身分證字號	身分別	失能	日期	時間		上下車地點	里程數 (公里)	補助 比例	補助 費用	自付 費用	總金額
						上	下						
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
合計：										0	0	0	0