

桃園市政府衛生局
「115年度年輕型失智症多元支持方案」服務計畫
服務費用申請領據

茲收到桃園市衛生局「115年度年輕型失智症多元支持方案」服務計畫費
用計新臺幣_____元整

此致

桃園市政府衛生局

單位名稱：_____

統一編號：_____

單位地址：_____

聯絡電話：_____

入帳戶名：_____

入帳金融機構名稱(分行)、帳號：_____

製表：

單位主管：

負責人：

出納：

會計：

中 華 民 國 1 1 5 年 月 日

註：本表 1 式 3 份，2 份送衛生局(正本及影本各 1 份)，1 份由單位留存。