

115 年度「年輕型失智症專屬時段服務補助」領據

茲收到 115 年度「年輕型失智症專屬時段服務補助」第_____期款之費用，
計新臺幣 _____ 元整。

此致

桃園市政府衛生局

大章+小章

特約單位名稱：

統一編號：

服務據點住址：

聯絡電話：

入帳戶名：

入帳金融機構名稱及分行名稱：

帳號：

製表人簽章：

單位主管章：

負責人簽章：

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日