**臺南市政府補助113年 月臺南市弱勢原住民健康風險扶助計畫印領清冊**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **編號** | **申請者姓名** | **出生日期** | **身分證字號** | **族別** | **電話** | **地址** | **上傳健康檢查報告明細表** | **申請金額** |
|  |  |  |  |  |  |  | □有 □無 |  |
|  |  |  |  |  |  |  | □有 □無 |  |
|  |  |  |  |  |  |  | □有 □無 |  |
|  |  |  |  |  |  |  | □有 □無 |  |
|  |  |  |  |  |  |  | □有 □無 |  |
|  |  |  |  |  |  |  | □有 □無 |  |
|  |  |  |  |  |  |  | □有 □無 |  |
| **合計** | **新臺幣 元** |
| 承辦人 |  單位主管 |  出納 會計 | 機關(單位)首長 |

匯款銀行/分行：

匯款帳戶：

匯款帳號：