

臺南市政府補助 112 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
							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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：