

原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙印領清冊

編號	申請者姓名	出生日期	身分證字號	電話	地址	補助態樣	核定經費	核定文號
合計							新臺幣	元

醫療費用領據(印領清冊)需附千分之四印花稅

實收金額將扣除 10%代扣所得稅、轉帳手續費(臺灣銀行帳戶無須轉帳手續費)

院所名稱： (簽章)

負責人： (簽章)

院所統一編號：

地址：

電話：

匯款銀行/分行：

匯款帳戶：

匯款帳號：

匯款帳戶影本黏貼處