臺南市政府補助115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	
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：