

領 據

茲領到 _____ (補助單位名稱) 之 _____ 年度「單側聽損者職務再設計服務試辦計畫」款項計新臺幣 _____ 萬 _____ 仟 _____ 佰 _____ 拾 _____ 元整。(金額請用大寫，國字範例：壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖)

此 據

受補助單位名稱(或個人)：

(請加蓋申請單位之大章及負責人章或個人章)

統 一 編 號(或身分證號碼/居留證號碼)：

聯 絡 地 址：

聯 絡 電 話：

金 融 機 構： _____ 銀行 (_____ 分行)

行庫代碼(電匯用7碼)：

存 儲 帳 號：

帳戶名稱(限受補助單位或個人帳戶)：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

轉帳金融機構存摺影本浮貼處