

附件九

門 診 補 助 收 據

茲領到勞動部職業安全衛生署下列款項：

事由	_____年度補助職業傷病診治網絡醫院及職業傷病通報者補助款	
補助類型	<input type="checkbox"/> 職業傷病門診（共____診次） <input type="checkbox"/> 離島地區職業傷病門診（共____診次）	
領款單位		
金額	大寫	新臺幣 萬 仟 佰 拾 元 整
	小寫	
撥款 帳戶	銀行	_____銀行_____分行
	戶名	
	帳號	
領款 單位 基本 資料	統一編號	
	聯絡電話	
	郵寄地址 (寄送扣繳憑單用)	□□□-□□

以上如有虛報或浮報等情事，願負一切法律責任，除應追繳該部分補助經費外，如有涉及刑事責任者，依法移送偵辦

領款單位： (蓋印)

負責人： (蓋印)

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

註：請務必正確填寫以上資料，並字體工整，以維權益。