

附件四

領據1

茲領到\_\_\_\_\_縣(市)政府 核發十二個月之穩定就業補助款項，共計新臺幣  
\_\_\_\_\_元(大寫)整。

此據

視障按摩師姓名： (申請人簽章)

身分證統一編號：

聯絡地址：

連絡電話：

本人金融機構：\_\_\_\_\_銀行\_\_\_\_\_分行

\_\_\_\_\_郵局\_\_\_\_\_支局，局號：\_\_\_\_\_

帳號：\_\_\_\_\_

中華民國 年 月 日

**轉帳本人金融機構存摺影本請於背面黏貼**

(本表得依各執行單位需求增列，但不得刪減及違反本要點規定。)

領據2

茲領到\_\_\_\_\_縣(市)政府  
\_\_\_\_\_元(大寫)整。

核發十二個月之職場協助補助款項，共計新臺幣

此據

視障按摩師姓名：\_\_\_\_\_ (申請人簽章)

身分證統一編號：\_\_\_\_\_

聯絡地址：\_\_\_\_\_

連絡電話：\_\_\_\_\_

本人金融機構：\_\_\_\_\_銀行\_\_\_\_\_分行

\_\_\_\_\_郵局\_\_\_\_\_支局，局號：\_\_\_\_\_

帳號：\_\_\_\_\_

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

**轉帳本人金融機構存摺影本請於背面黏貼**

(本表得依各執行單位需求增列，但不得刪減及違反本要點規定。)