領 據

茲收到宜蘭縣長期照護服務管理所特約辦理「長期照顧十年計畫2.0-(🌕🌕🌕服務)」🌕🌕🌕年🌕月份費用，共計新臺幣🌕萬🌕仟🌕佰🌕拾🌕元整(阿拉伯數字)。

此致 宜蘭縣長期照護服務管理所

機構名稱：

負 責 人：

機構地址：

連絡電話：

金融機構名稱：

戶 名：

帳 號：

印花稅黏貼處，請勿超過此範圍，黏貼後請影印一份繳交長照所

統 一 編 號 ：

單位關防/負責人

中華民國 年 月 日