

機構名稱辦理 113 年 1 月中低收入失能老人機構收容安置補助款申請名冊

編號	姓名	出生年月日 (民國 XXX 年 XX 月 XX 日)	身分證字號	核准公文日 期及文號	福利身份別	入住日期	每月補助金 額(新台幣)	請領補助 期間 (113.01.01- 01.31)	請領金額 (新台幣)
1									
2									

合計人數： 人

合計新台幣：(阿拉伯數字)

經辦人：

會計：

出納：

負責人：

機構名稱：X X X X X (請加機構大章)