領　　據

茲收到臺中市食品藥物安全處補助「本市社區藥局藥師送藥到府之作業服務費」

新台幣 萬 仟 佰 拾 元整。

(費用請用國字大寫-壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖、拾)

此致

　臺中市食品藥物安全處

藥局名稱:

具領人姓名： (請簽名、蓋私章)

身分證字號：

聯絡電話：

聯絡地址：□□□

* 具領人填寫及提供臺中市食品藥物安全處補助社區藥局藥師「送藥到府」方案之**申領清單**及**佐證照片**等資料內容皆屬真實，特此聲明。

檢附：1.申領清單1份

2.匯款帳戶影本1張(請黏貼於空白A4紙上)

(前述資料請裝訂於本領據後方)

中華民國111年　　月　　日