彰 化 縣 議 會

支 出 憑 證 黏 存 單

所得申報及扣繳證明

所屬年度：

傳票(付款憑單)編號：　　黏貼單據　　張

憑證編號	工作(或業務)計畫	金　　額	用 途 說 明
	議事業務-業務管理		議員個人負擔保險費

經 辦 單 位	會 計 單 位	機關長官或授權代簽人

----------憑--------證--------黏--------貼--------線----------

彰化縣議會議員個人負擔保險費申請表

申 請 人	職 稱	議 員	姓 名	
人壽保險公司名稱				
繳保費日期	中華民國　年　月　日			
補助金額	新台幣：　　元 整			
檢附証明	保險收費收據正本一份			

茲收到

議員個人負擔保險費新台幣：　　元 整

此據

經領人：　　（簽名）

中 華 民 國　　年　　月　　日