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		議員健康檢查補助費

經　辦　單　位	會　計　單　位	機關長官或授權代簽人

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

彰化縣議會議員健康檢查補助費申請表

申　　請　　人	職　　稱	議　員	姓　　名	
健　康　檢　查 醫　院　名　稱	醫院			
健　康　檢　查 起　訖　日　期	中華民國　　年　　月　　日			
補　助　金　額	新台幣：　　元 整			
檢　附　証　明	醫院健康檢查收費收據正本一份			

茲收到

議員健康檢查補助費新台幣：　　元 整

此據

經領人：　　（簽名）

中　　華　　民　　國　　年　　月　　日