___年___月接受臺中市政府社會局委託照顧低收入戶未滿65歲生活無法自理者安置費用請領清冊

機　構　全　名

編號	姓　名	性別	身分證字號	出生日期	最近一次社會局核定函 發文日期 字　號	開始接受公費補助日期	照顧類別	本月份 入住日數	本月份 申請金額	備　註
1				___年___月___日	____年____月____日 中市社助字第　　號	___年___月___日				
2				___年___月___日	____年____月____日 中市社助字第　　號	___年___月___日				
3				___年___月___日	____年____月____日 中市社助字第　　號	___年___月___日				
4				___年___月___日	____年____月____日 中市社助字第　　號	___年___月___日				
5				___年___月___日	____年____月____日 中市社助字第　　號	___年___月___日				
6				___年___月___日	____年____月____日 中市社助字第　　號	___年___月___日				
7				___年___月___日	____年____月____日 中市社助字第　　號	___年___月___日				
8				___年___月___日	____年____月____日 中市社助字第　　號	___年___月___日				
9				___年___月___日	____年____月____日 中市社助字第　　號	___年___月___日				
10				___年___月___日	____年____月____日 中市社助字第　　號	___年___月___日				

本頁係第_____頁	本頁申請人數　　_____人	本頁申請金額小計　　新台幣　　－　元整
計_____	總計申請人數　　_____人	金額總計新台幣　　○拾○萬○仟○佰○拾○元整

核章處	承辦人	出納會計	主管負責人	機構章