|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **國立臺東大學附屬特殊教育學校** | | | | | | | | | | |
| **黏 貼 憑 證 用 紙** | | | | | | | | | | |
| **憑 證 編 號** | **預 算 科 目** | **金 額** | | | | | | | | **用 途 說 明** |
| **千萬** | **百萬** | **十萬** | **萬** | **千** | **百** | **十** | **元** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|
|
| **經 辦 人** | **出 納 組** | | | **主 計 審 核** | | | | | | **機關長官或授權代簽人** |
|  |  | | |  | | | | | |  |
| **單 位 主 管** | **總 務 主 任** | | | **主 計 主 任** | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |

－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－

**領 款 收 據**

茲收到國立臺東大學附屬特殊教育學校發給

* **鐘點費** □**出席費**□**巡迴輔導費**□**其他**

時間： 年 月 日 時 分( )節/次/時\*( )單價=

* **交通費**往返地點：( )-( ) 台/高鐵 加客運/捷運 =

合計新台幣 萬 仟 佰 拾 元 整

此據

領 款 人： 行動電話：

身分證字號：

戶籍地 址：

金融機構名稱： 銀行 分行 帳號：

戶 名：

**中華民國 年 月 日**

註：110年1月1日起非屬本校健保投保人員給付達24,000元(不含交通費)，須全額代扣補充保費2.11％。