**單位名稱　函**

 地 址：

 承辦人：

 電話：

 傳真：

 電子信箱：

受文者：花蓮縣衛生局

發文日期：中華民國　年　月　日

發文字號：

速　　別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附　　件：領款收據、經費控管表、經費支出明細表。

主旨：檢陳(送)○○辦理「○○○年花蓮縣社區整體照顧服務體系獎助計畫-○○鄉A單位」112年○○月至○○月獎助計畫費用核銷相關資料，請鑒核(查照)。

說明：1.依據花蓮縣衛生局獎助計畫契約書「112年度長期照顧十年計畫2.0-社區整體照顧服務體系」社區整合型服務中心(A單位)。

正本：花蓮縣衛生局

副本: