**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、服務費用總表1式兩份、服務費用項目清冊1份。

主旨：檢送○○辦理「○○○年花蓮縣社區整體照顧服務體系計畫-○○鄉A單位」○○月份服務費用核銷相關資料，請鑒核。

說明：依據花蓮縣衛生局特約長期照顧服務契約書第六條之規定辦理。

正本：花蓮縣衛生局

副本: