

# \_\_\_\_\_衛生所 公益彩券收件名冊(附表一)

單位：

日期：

編號	申請人	身分證字號	初審金額	電 話	收件日	收件人	退件原因
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

備註：1. 衛生所收件時請先自行建檔申請名冊，民眾詢問以利查詢。2. 申請健保欠費者需另填一份申請表。3. 所附撥款存摺，請勿使用專款專戶(只限特定款項才能用)或已久沒用之存摺。3. 請告知申請民眾，須符合本計畫補助項目及衛生所、局雙重審核無誤後(再扣10-30元手續費)才是正確的撥款金額。

