社團法人台灣弱勢病患權益促進會

**醫療弱勢病患肺炎鏈球菌疫苗接種**

**附件二**

**受款人存摺影本黏貼處**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病友姓名 |  | | | | |
| 【匯款帳號存摺影本】  黏貼處  (請提供最新及正確之帳號，以利後續補助款項撥付)  帳號、戶名、銀行/郵局及分行名稱與代碼務必清楚  若非病患本人帳戶，請註明帳戶提供者與患者之關係 | | | | | |
| **戶名** | | **關係** | **銀行/郵局名稱** | **分行名稱** | **帳號** |
|  | |  |  |  |  |

本會承辦人員簽章：