

領 據

茲收到屏東縣政府補助 君 年度低收入醫療補助費用共計新台幣 萬 仟 佰 拾 元整，確實無訛，特立此據。

立據人： (簽名蓋章)

身份證字號：

地址：

電話：

郵局局號：

帳號：

代領人： (簽名蓋章)

身份證字號：

地址：

電話：

郵局局號：

帳號：

中 華 民 國 年 月 日