

具領人領據

摘 要	_____君之 ☐ 低收入戶及中低收入住院看護補助 ☐ 身心障礙者傷病住院看護補助 ☐ 老人傷病住院醫療及看護費用補助
金 額	新臺幣：_____萬_____仟_____佰_____拾_____元整

上款已照數領訖
 此據
 臺中市政府社會局

具領人：_____（簽名或蓋章）
 國民身分證字號：_____
 地 址：_____
 電 話：_____

中 華 民 國：_____ 年 _____ 月 _____ 日

具領人領據

摘 要	_____君之 ☐ 低收入戶及中低收入住院看護補助 ☐ 身心障礙者傷病住院看護補助 ☐ 老人傷病住院醫療及看護費用補助
金 額	新臺幣：_____萬_____仟_____佰_____拾_____元整

上款已照數領訖

此據

臺中市政府社會局

具領人：

(簽名或蓋章)

國民身分證字號：

地 址：

電 話：

中 華 民 國： 年 月 日