（附件三）

# 具領人收據

茲向臺中市政府社會局領到臺中市老人傷病住院醫療及看護費用補助款計新臺幣　　萬　　仟　　佰　　拾　　元整。

具領人姓名：　　簽章

身分證字號：

住　　址：

與受補助者關係：

金融機構名稱：

戶　　名：

帳　　號：

中　　華　　民　　國　　年　　月　　日

---

郵局或金融機構存摺封面影本粘貼處

---