

(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