

# 領款收據

附件三

茲 向

南投縣政府衛生局領到：身心障礙者醫療復健費用/醫療輔具費用補助款

新台幣：

元整 確實無訛（請填中文大寫）

\*領款人：



（請蓋私章）

\*身分證字號：

\*聯絡電話：

\*聯絡地址：

\*銀行名稱：

（註明分行）

\*銀行代號：

（7碼）

\*匯入戶名：

\*匯款帳號：

\* 中 華 民 國      年      月      日