

據 領

|                   |                                                                                                                                                                |                                           |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 茲向<br>苗栗縣政府<br>領取 | <input type="checkbox"/> 低收入戶/中低收入戶/未達 1.5 倍傷病醫療補助                                                                                                             | 共計新臺幣      萬      仟      佰      拾      元整 |
|                   | <input type="checkbox"/> 低收入戶/中低收入戶住院看護補助<br><input type="checkbox"/> 低收入戶房屋修繕補助<br><input type="checkbox"/> 低收入戶產婦及嬰兒營養補助<br><input type="checkbox"/> 其他_____ |                                           |

領款人：

## 簽章

身分證字號：  
(統一編號)

戶籍地址：□□□ 縣 鄉鎮 路街 巷 弄 號 樓之

電話：

出納：

會計：

中 華 民 國 年 月 日