

## 領 據

茲向 苗栗縣政府 領取	<input type="checkbox"/> 低收入戶傷病 醫療補助 <input type="checkbox"/> 中低收入戶傷病 醫療補助 <input type="checkbox"/> 未達 1.5 倍傷病 醫療補助 <input type="checkbox"/> 低收入戶住院 看護補助 <input type="checkbox"/> 中低收入戶住院 看護補助 <input type="checkbox"/> 低收入戶產婦及 新生兒營養補助 <input type="checkbox"/> 中低收入戶產婦及 新生兒營養補助	共計新臺幣      萬    仟    佰    拾    元整
-------------------	--	-----------------------------------

具領人： 簽章

身分證字號：  
(統一編號)

戶籍地址：□□□      縣(市)      鄉鎮市      路      街      巷      弄      號      樓

電話：

出納： 簽章

會計： 簽章

(非醫院或機構代墊補助款項時，出納或會計免簽名或蓋章)

中   華   民   國   年   月   日